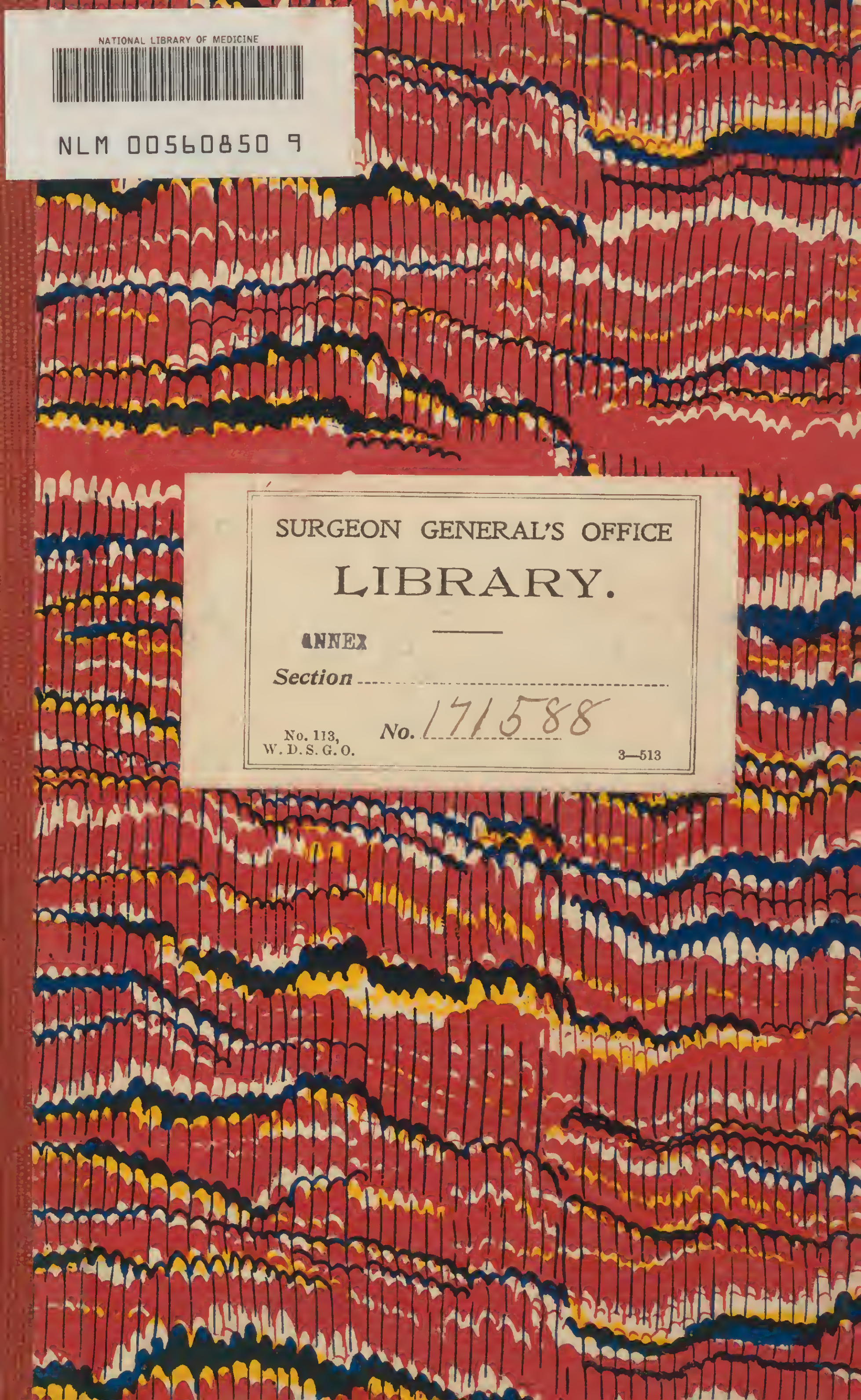




NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE
NLM 00560850 9
SURGEON GENERAL'S OFFICE
LIBRARY.
ANNEX
Section
No. 171588
No. 113,
W. D. S. G. O.
3—513



GUÍA

DEL DIAGNÓSTICO

DE LAS

ENFERMEDADES MENTALES

CON NOCIONES

SOBRE LA TERAPÉUTICA, DEONTOLOGÍA Y MEDICINA LEGAL FRENOPÁTICAS


ESTABLECIMIENTO EDITORIAL
BARCELONA

GUÍA
DEL DIAGNÓSTICO
DE LAS
ENFERMEDADES MENTALES

CON NOCIONES

SOBRE LA TERAPÉUTICA,
DEONTOLOGÍA Y MEDICINA LEGAL FRENOPÁTICAS

Y DOS APÉNDICES

CONTENIENDO LA LEGISLACIÓN VIGENTE EN ESPAÑA Y UN FORMULARIO DE DOCUMENTOS MEDICO-LEGAL

POR

D. Joaquín Martínez y Valverde
Doctor en Medicina y Cirugía,
Ex-Médico sub-director del Manicomio de San Baudilio de Llobregat, Ex-Alumno interno por oposición, de la Facultad de Medicina de Barcelona, etc, etc.

CON UN PRÓLOGO DE

D. Arturo Galcerán
MÉDICO-DIRECTOR QUE HA SIDO DEL MANICOMIO DE SAN BAUDILIO DE LLOBREGAT



BARCELONA
JOSÉ ESPASA, EDITOR
221, CALLE DE LAS CORTES, 221
1900

Tipografía de José Espasa, calle de las Cortes, 221. —Barcelona.

PRÓLOGO

I

La publicación en España de un libro original sobre Freniatria, es un acontecimiento literario; de tal modo son escasas las producciones en este ramo de la Medicina. Consiste especialmente en el completo abandono en que lo tiene la enseñanza oficial. Ésta, en poco ni en mucho, se preocupa de asunto tan importante; en los cuadros no figura la correspondiente asignatura; en los programas, ó no se le concede espacio alguno ó se le dedican escasísimas y poco fructuosas lecciones. Dadas estas condiciones ¿para qué escribir si nadie viene obligado á leer? Cierto que después ocurren los apuros. En la práctica común se desconocen ó se confunden los estados páticos de la mente y los enfermos recogen las consecuencias de tal ignorancia; en la práctica forense son muchas veces equivocadamente asesorados los tribunales y, por tanto, injustamente resueltos en algunos casos los problemas de responsabilidad ó de capacidad. Abriéranse cátedras de Patología mental, donde se descubrieran los secretos de la mentalidad morbosa y se dieran á conocer los horizontes extensos que aquella ciencia ha alcanzado en los países cultos; organizáranse clínicas donde se aquilataran los

teóricos conocimientos y se formara sano criterio acerca de la realidad de los extraños desvíos de la razón; fundáranse museos que poseyeran las piezas demostrativas de las perturbaciones ocurridas en la génesis ó en la evolución típica de los organismos ó de los daños que directamente determinan los trastornos mentales; estableciéranse laboratorios donde se analizaran objetivamente las funciones cerebrales en estado de salud y en el de enfermedad, para deducir las leyes biológicas á que obedece el humano psiquismo; creáranse manicomios judiciales, reformatorios adecuados, nosocomios especiales para la observación de los enfermos delincuentes; fomentáranse los congresos de Medicina mental; hiciérase, en una palabra, ciencia frenopática, y entonces habría lectores y escritores, se sentiría el deseo de conocer y, en consecuencia, la necesidad de producir, al mismo tiempo que se evitarían los apuntados inconvenientes que en el terreno médico y en el jurídico ocasiona nuestro atraso.

Y no solamente escasas, sino concretas á especiales puntos, son la mayoría de las publicaciones españolas sobre Freniatria, bien que, por suerte, de relevante mérito, como originadas de mentalistas tan eximios como Pí Molist, Rodríguez Méndez, Dolsa, Martí, Ezquerdo, Pulido, Vera, Simarro, Escuder,.... Solamente hay tres que abrazan la totalidad del objeto, desarrollándolo con mayor ó menor extensión: la *Frenopatología* de Giné (1876), mis lecciones clínicas sobre *Neuropatología y Psiquiatria generales* (1895) y este libro de Martínez Valverde que, no obstante la modestia del título, expone todos los particulares correspondientes á un tratado completo de enfermedades mentales, desde la explicación del concepto genérico que sintéticamente deben merecer, y la exposición detallada de los elementos morbosos que las constituyen,

de su descripción general y particular, de sus evoluciones y respectivo pronóstico, de sus variantes y manera de distinguirlas y de su especial tratamiento, hasta la resolución de las complicadas cuestiones de Deontología y de Medicina legal, tratado todo ello con amplitud y buen sentido clínico; que no en balde es observador atento y estudioso y ha tenido á su cuidado médico durante diez años en el manicomio de San Baudilio de Llobregat, una población enferma promedia de 600 alienados.

II

Porque el sentido clínico, hablando en términos generales, es la característica de la Frenopatología en este nuestro país, como en Francia domina la nota nosológica, en Italia la anatomo-patológica y en Alemania la psíquica-experimental.

Es que á falta de materiales de experimentación y de comprobación, los frenópatas españoles dedican todas sus actividades al estudio del único elemento de que disponen: el enfermo. Por esto rinden culto predilecto á la Nosografía, prestan preferente atención al fenómeno, sorprenden sus menores detalles, redondean de un modo completo los llamados cuadros sindrómicos, perfilan los diagnósticos y, en punto á observación, son maestros consumados, al igual que en otros países se distinguen por ser hábiles exploradores de las ocultas relaciones que entre sí tienen los hechos morbosos, ó investigadores ingeniosos de las causas próximas y remotas que los producen.

Cada país, en efecto, tiene sus preferencias. Así nuestros vecinos transpirenaicos muestran predilección por las grandes síntesis. Con esa su portentosa facilidad de

asimilación, con esa su rara cualidad de comprender las semejanzas y distinguir las diferencias y con su exuberante poder imaginativo, descubren las leyes generales que enlazan y gobiernan á los hechos concretos, dan forma categórica á las nuevas creaciones y dejan claramente trazadas las trayectorias que recorre la ciencia en su incesante, progresiva y vertiginosa carrera. Puede asegurarse que son los fundadores de la Filosofía de la ciencia en general; en Medicina, los creadores de la Nosología, que es la filosofía de la ciencia de curar, y en Psiquiatria los definidores de los géneros y clases psicopáticas, después de recoger y ordenar las dispersas especies que discurrían por los caóticos espacios del empirismo con las pretenciosas denominaciones de *entidades* clínicas. Sirvan de aclaración los siguientes ejemplos: Hasta el primer tercio de este siglo, ninguna relación nosológica se había sospechado entre ciertos dementes, algunos paralíticos, determinados delirantes y numerosos mielíticos y cerebrópatas; conforme al síndrome dominante, eran clasificados y tratados. Fueron precisos los BAYLE, CALMEIL y PARCHAPPE para averiguar que ese abigarrado conjunto de enfermos, unos locos y otros que todavía no habían enloquecido, y todos, en apariencia diferentes, eran, sin excepción, víctimas de una sola y única dolencia: la *Parálisis general progresiva,* producida por un daño anatómico siempre el mismo en su naturaleza y localización, aun cuando de iniciación variable y extensión diversa, lo cual determinaba su diverso aspecto clínico.

También á semejanza de errantes cometas, no tenían órbita conocida esa multitud de paranoyas y monomanías, sin ninguna semejanza objetiva entre sí; ¿quién sospechara que padecían una misma enfermedad aquel místico, atormentado de continuo por tenaces escrúpulos y eternas

dudas y gritos de conciencia; aquel hipocondriaco, preocupado siempre por las posibles alteraciones de su salud; aquel alucinado, perseguido por sus imaginarios enemigos; aquel megalómano, el más sabio, el más rico, el más poderoso, el más fuerte, el mejor de los hombres habidos, incluso creer ser el mismo Dios, y aquel homicida que, harto del papel de víctima, resuelve terminar sus cuitas aniquilando á sus perseguidores? Hubo necesidad de que el genio de LASÉGUE estableciera las relaciones entre tan distintos fenómenos, descubriera sus etapas sucesivas y cronológicas transformaciones, sumara cantidades tan heterogéneas, y previa su reducción á un común denominador, creara la *Locura parcial evolutiva*, género nosológico de contornos bien limitados y de esencialidad bien definida.

De la propia manera se han formado las categorías innumerables de las Psicopatías por degeneración. Antes de MOREL, no se imaginaba que obedecieran á un mismo proceso de involución, esto es, de ruina mental progresivamente acumulada por sucesivas generaciones, enfermos tan desemejantes clínicamente como los que ostentan taras localizadas en la esfera intelectiva, en las manifestaciones éticas, en el ipsoísmo ó exclusivamente por parte de las reacciones voluntarias. MOREL en Psiquiatria, como DARWIN en Biología, descubren las leyes de la herencia y de la transformación de las especies morbosas por averiada influencia ancestral. Los productos de ambos factores— herencia y atavismo — constituyen los *degenerados*. Sus caracteres clínicos varían hasta el infinito: su abolengo, su etiología, su patogenia, es lo único que los une con lazo común y, por añadidura, inquebrantable. Y no sólo MOREL; después de él TRÉLAT, siguiendo sus huellas, estudia la *locura lúcida;* JOUSSET, el *delirio emotivo;* FALRET, la

hipocondría moral; Foville, la *locura impulsiva,* y Cullérre y Magnan, las fases todas de la *locura degenerativa,* considerada como unidad sintética, cuyos episodios pueden incluirse dentro de los tres siguientes grupos que señalan otras tres etapas de una degeneración cada vez más pronunciada: 1.° El grupo de los *Desequilibrados,* que comprende gran número de especies, tales como los excéntricos, los emocionales, los obsesados, los fobiosos, los impulsivos, los inhibidos y los periódicos de doble forma, circular y remitente. Éstos, que también se llaman degenerados superiores, engendran fatalmente seres enfermos, sobre todo, del siguiente grupo 2.°, en el que figuran los *Psiconeurópatas,* esos locos razonadores, esos que, gozando de plenitud intelectiva, tienen profundamente perturbados los motivos que inspiran sus actos y más que locura de ideas, padecen locura de actos; y figuran también los locos morales, quienes, gozando, asimismo, de plenitud de razón, están desprovistos completamente de sentido ético, y jamás, por consiguiente, informan sus resoluciones en elevados sentimientos altruístas y hasta, con frecuencia, son determinadas por motivos resueltamente perversos. De un modo fatal, también, engendran estos individuos productos insanos, de mayor insanidad que la suya propia y son 3.°, los *Agenésicos psíquicos,* que empezando en los débiles de espíritu, terminan en los idiotas pasando por todos los grados de la imbecilidad.

Tales esfuerzos de generalización y unificación de conocimientos por parte de los mentalistas franceses, han dado á la Psiquiatria un grande impulso.

Muy otras son, en general, las aficiones de los alemanes. Los trabajos del laboratorio tienen para ellos más atractivos que los trabajos de la clínica; y aún en este último terreno, antes prefieren hacer minuciosa disección

de cada una de las manifestaciones morbosas, que filosofar acerca de sus relaciones, de su génesis, de sus causas y de su significación. Los alemanes son los creadores eternos de las especies patológicas, bautizándolas con nombre propio y significándolas con categoría de individualidades páticas. Pero todavía han hecho más: han creado la elementología psico-pática como consecuencia inmediata de la creación, también genuinamente alemana, de la Fisiología psíquica, sirviéndose en uno y otro caso del método experimental. Los Herbart, Lotze, Feechner, Weber, Delbœuf, Wundt, Exner, Auerback, enseñan la manera de hacer sensibles, á beneficio de materiales medios é ingeniosos procedimientos, las funciones psíquicas, fundando la Psicofísica. Los Leidesdorf, Krafft-Ebing, Nothnagel, Obernier, Heubner, Huguenin, Hitzig, Erb, Kussmaul, Eulenburg, Baüer, Ziemssem, Jolli, Schüle, analizan todas las piezas del proceso y asientan sobre bases firmes el complicado edificio de la Psicopatía racional.

También supone gran impulso la labor alemana y el preliminar obligado de la unificación filosófica.

Se prefiere, por el contrario, en Italia, conocer la naturaleza íntima de los morbos mentales; las predilecciones son en favor de la relación entre los efectos y sus causas productoras. Afianzados en las conquistas de la histología de los centros nerviosos y en los descubrimientos de la química biológica, esfuérzanse en averiguar la razón de ser de los fenómenos psicopáticos; la Patogenia y la Etiología, más que otros particulares, despiertan la atención de los doctos en materia frenopática. Pocos países producen más y mejores frutos que Italia de algunos años á esta parte. Lo mismo en Histología normal que en la patológica del sistema nervioso, los descubrimientos son por todo extremo notables. Golgi, con los nuevos métodos de colo-

ración, D'Abundo, Corella, Dotto, con sus filigranadas preparaciones, han puesto de manifiesto el laberíntico engranaje de las piezas reveladoras de la cerebración fisiológica, como Saccozzi, Martinotti, Capobianco, Stanziale, Falcone, han descubierto las delicadas lesiones que son causa directa de la cerebración patológica. Y aun en estos últimos tiempos se ha puntualizado todavía más en este último sentido, fundando la verdadera patología celular de las enfermedades mentales con los sutilísimos trabajos de Lugaro, Isola, Levy y Rossi, acerca de los últimos elementos de fragmentación y de los pigmentosos que la célula contiene y con las no menos notables investigaciones de Barboci, Campaci, Coluci, referentes á las alteraciones que dichos elementos experimentan en concepto de substráctum anatómico de determinadas psicopatías ó por efecto de ciertas intoxicaciones, ya heterógenas, ya autógenas, entre estas últimas la uremia crónica revelada por Sacerdotti, Acquisto, Brugia, completando todo esto los descubrimientos valiosos de Bacteriología en cuyo terreno sobresalen actualmente una pléyade inmensa de entusiastas biólogos de los méritos de Montesano y Piccinino.

Después de Alemania, es en Italia donde se trabaja con más ardor sobre Psicofísica y donde ha habido maestros tan eminentes como Sergi y Buccola, y sobre Psicopatía experimental, distinguiéndose en la manera de provocar objetivamente los procesos de la cerebración pática, los Ottolenghi, Tamburini, Bianchi, D'Abundo, así como en exteriorizar las relaciones íntimas entre ciertas causas morbosas y los efectos psicopáticos, los Brugia, Spalletta, Castellino, Marini, Oddi y Obici. Sobre este particular de la Etiología experimental y en el de la Bioquímica, han conseguido los italianos fundar escuela. Los pacientes trabajos de Pastena, D'Abundo, Capriati, Cris-

TIANI, han puesto de relieve las alteraciones de nutrición general en el curso de las grandes neurosis, epilepsia é histerismo, sobre todo, fijando el índice de toxicidad de la orina antes, después y en los intervalos de los accesos y las transformaciones anormales de los elementos histoquímicos del organismo en el curso de multitud de neuropatías y perturbaciones mentales. No han olvidado tampoco, en el terreno etiológico, las relaciones que con las psícosis tienen otros estados páticos, y CANTAVANO demuestra la acción de la grippe, GALANTE la de las infecciones, SALVOLINI la de los sentidos y CORELLA la de la polineuritis.

Por último, es tal vez en Italia donde se presta mayor atención á la parte más útil de la Ciencia frenopática, la *Terapéutica*, siendo incansables en el laboratorio y fecundos en aplicaciones clínicas, TAMBURINI, MORSELLI, TANZI, MARAGLIANO, OLIVA, STIEGLITZ, SACCHI y MAZZONE, por no citar sino los que mejor conozco, que sin duda constituyen el menor número.

III

A beneficio de este inventario, someramente hecho, de los materiales que actualmente atesora la Medicina mental en los países que mejor la cultivan, puede colegirse la importancia grandísima que ha alcanzado merced á sus principios, positivamente científicos, á los extensos horizontes que descubre y á los elevados fines biológicos y sociales que cumple, teniendo hoy perfecto derecho á figurar al lado de todas las ciencias naturales y á los mismos niveles que cualquiera de las otras ramas de la general Medicina. Como éstas, obedece rigurosamente á los imperativos del método experimental, posee incomparable

riqueza de hechos bien averiguados y los ordena con sujeción estricta á las reglas de la Filosofía. Como las demás Patologías, la Patología mental considera la entidad morbosa bajo tres aspectos: el fisio-patológico, el anatomo-patológico y el etiológico, formando otras tantas gradaciones de perfeccionamiento en la avaloración consciente del hecho morboso, ya que enseña, el primero, únicamente el sitio del mal y sus manifestaciones clínicas; concreta el segundo solamente el modo de ser material de la enfermedad, y señala el tercero la naturaleza íntima de la dolencia, completándose los tres para el total conocimiento de la misma. Respecto al primero y segundo aspectos, la Frenopatología ha alcanzado en estos últimos tiempos grandes victorias; sin duda la tercera conseguirá también alcanzarlos, á seguir como sigue los derroteros que le traza la Bacteriología. Y que no exageramos al afirmar que la Fisiología y Anatomía patológicas han hecho grandes descubrimientos, lo demostraremos recordando los trabajos de los anatómicos en punto á la estructura íntima del tejido nervioso y los de los fisiólogos en lo referente á la especialización funcional de las innumerables partes del mismo, los de los patólogos en cuanto á la determinación semiológica de cada uno de los componentes y los de los histólogos fijando el valor y sitio de los daños en correspondencia con los efectos que los exterioriza. Mediante la concurrencia de todos estos conocimientos nos es fácil localizar la mayoría de los fenómenos páticos que en el total sistema y, por lo tanto también, en los centros nerviosos, tiene lugar, y su significación patogénica, con tanta exactitud como un internista localiza y significa una lesión en un orificio ó en una válvula del corazón. En cuanto á la etiología de las enfermedades mentales y nerviosas en general, la mo-

derna ciencia se inspira principalmente en las enseñanzas de la Biología; y considerando el funcionalismo del sistema nervioso como un producto de correspondencia é integración con las fuerzas orgánicas y con las exteriores, extiende la esfera de sus investigaciones á cuanto origina del propio organismo y del medio cósmico; las alteraciones originadas del primero, provinentes ya de una perturbación de reciprocidad entre las partes consecutivas del total sistema (neuropatías psico-morales) ó de éste y los demás sistemas ó aparatos de la economía (neuropatías sensoriales), ya de la alteración intrínseca de los elementos nerviosos por la acción de estados generales (neuropatías diatésicas, distróficas, caquéxicas, infectivas y tóxicas), ya de la alteración directa de los sentidos (neuropatías sensitivas). Las causas originarias del medio cósmico comprenden no solamente cuantas entran en el dominio de la Cirugía á título de causas mecánicas, sí que también las derivadas del ambiente en que el hombre vive, sean de carácter geológico, climatológico, meteórico y mesológico en general.

El arte del Diagnóstico adquiere igualmente en Psiquiatria una complexidad cada día mayor, y hoy comprende: 1.° la averiguación del sitio donde radican los elementos enfermos; 2.° la fijación del valor fisio-patológico de dichos elementos; 3.° el diagnóstico de la lesión productora, y 4.° el de la causa que la genera; sin dejar de poseer un arsenal copioso de medios auxiliares para el esclarecimiento de los anteriores diagnósticos y numerosos procedimientos y reglas para descubrir y esclarecer nosológicamente las psicopatías. Dígase si no representan un progreso evidente las aclaraciones semiológicas de los nervios, las del intrincado conjunto y enlace de los componentes medulares y del más intrincado todavía de los nume-

rosos órganos que constituyen el encéfalo, con la fijación exacta de la mayoría de sus partes y especial funcionalismo que cada una cumple, al propio tiempo que las asombrosas propiedades y funciones que derivan de sus respectivas y complicadas asociaciones.

La totalidad de estos particulares compone el nutrido capítulo de la Elementología frenopática, en el que se fija el valor fisio-patológico de las perturbaciones de sensibilidad, de emotividad, de ideación y de las reacciones psicovoluntarias.

La evolución, duración y terminación de las enfermedades mentales es también suficientemente conocida para poder fundar la Patocronia sobre bases científicas, previa la observación detenida según la naturaleza de su causa.

Asimismo la Prognosis no es ya ni rutinaria ni indecisa como lo fué en tiempos pasados, sino sujeta á leyes generales ligeramente modificadas por las condiciones personales. La primera de estas leyes generales está fundada en la condición del sitio donde radica la enfermedad; la segunda en la naturaleza de la lesión, y la tercera en la naturaleza de la causa.

Todos los recursos de que disponen la Higiene terapéutica, la Cirugía y la Farmacia, los aplica hoy la moderna ciencia para la curación de las enfermedades mentales. La Higiene sugiere los indicantes para conservar y perfeccionar la vida de nutrición, expone la terapéutica individual y especial de los hábitos morbosos, indica la manera de conservar y perfeccionar la vida de relación y de reproducción, y enseña las leyes del movimiento y del reposo, las del sueño natural y provocado, las de las actividades intelectuales y morales y las de la herencia. La Cirugía formula las indicaciones generales y empleo de los medios cruentos y mecánicos y la aplicación de los agentes natu-

rales. La Farmacoterapia planea los fundamentos de una terapéutica racional señalando la acción electiva de los medicamentos nervinos, los de acción predominante sobre el sistema nervioso periférico, el medular, el cerebral, el ganglionar, á la vez que los que cumplen efecto causal y efecto trófico.

IV

Perfectamente enterado el Dr. MARTÍNEZ VALVERDE de los avances de la Medicina mental y muy impuesto en la práctica de la especialidad, ha podido resumir en este manual lo más culminante de cuanto en la actualidad se conoce, prestando un señalado servicio á la ciencia patria y muy particularmente á los médicos que no pueden destinar de un modo exclusivo sus horas de estudio á la inquisición de lo mucho que en otros países se publica, quienes encontrarán en este libro un guía fiel que les permitirá resolver fácilmente las principales cuestiones, tanto de orden clínico como legal, que se presentan á diario.

Merece, pues, un sincero aplauso, y por nuestra parte se lo damos muy entusiasta desde estas páginas.

ARTURO GALCERÁN.

Barcelona y Diciembre de 1899.

NUESTRO PROPÓSITO

No intentamos en manera alguna escribir una obra completa de Frenopatía, ni siquiera un manual ó compendio, ya que para ello no creemos poseer las fuerzas necesarias; deseamos tan sólo contribuir por nuestra parte, en cuanto nos sea posible, á subsanar un grave mal que nuestra no corta práctica en un manicomio nos ha hecho ver de un modo patente é indudable: nos referimos á lo poco extensos que son los conocimientos que, en lo que á Medicina mental se refiere, tienen por lo común los médicos de nuestro país, hasta los más ilustrados, gracias á lo deficientes que son en esta materia las enseñanzas que se dan en nuestras Facultades de Medicina, donde apenas si algunos profesores de Patología interna incluyen en sus programas unas pocas lecciones, dos ó tres á lo más, en que se trata de las vesanias — aparte de la parálisis general, que la mayoría estudia con los afectos de los centros nerviosos,— no bastando tan corto número de lecciones para dar siquiera una idea sucinta de lo que es la Frenopatía, cuál es su campo de acción y cuáles son sus límites.

La falta de estos conocimientos es hoy más que antes de lamentar, dada la mayor frecuencia con que el médico se ve llamado á intervenir, en lo que se refiere á los alienados, ya porque el número de éstos cada día aumenta, ya para dictaminar y certificar sobre su estado para la reclusión en un asilo, ya,

en fin, en las cuestiones médico-legales que á menudo se suscitan, principalmente por efecto de la extensión y adeptos que van adquiriendo ciertas escuelas ó doctrinas, así médicas como de Derecho.

Las condiciones en que se ejerce ordinariamente nuestra profesión, y en especial las en que se hallan colocados los médicos rurales, no permiten grandes dispendios en la adquisición de obras, ni consienten destinar mucho tiempo para consultarlas: de aquí que hayamos creído conveniente y útil un libro en donde el facultativo encontrara las nociones necesarias, tanto para formar un concepto nosológico y clínico de un alienado, como para que le sea dable escoger acertadamente los medios de cumplir las primeras y más indispensables indicaciones terapéuticas, y que le sirviera al mismo tiempo de guía en aquellas cuestiones de deontología y médico-legales que, con frecuencia suma, se suscitan ante dichos enfermos. Sin que esta afirmación pueda tildarse de presuntuosa ó de exagerada, cabe decir que una obra de este género ha de prestar más de una vez grandes servicios á todos los médicos que no se han consagrado de un modo particular al cultivo de la Frenopatología, pero indudablemente su utilidad sube de punto para aquellos de nuestros compañeros que practican lejos de los grandes centros de población y no pueden con facilidad y oportunamente acudir á los auxilios y consejos de un especialista.

Hemos desarrollado el plan de nuestro trabajo procurando prescindir todo lo posible de disquisiciones teóricas, si bien importantes para la ciencia especulativa, ajenas en absoluto á la idea práctica que nos inspira; alguna que otra vez, sin embargo, hemos tenido que extendernos en explicaciones de dicha índole para la mejor comprensión del asunto. En primer lugar estudiamos los síntomas por los que se nos manifiesta la alienación mental, así los propios y exclusivos de la misma, como los que le son comunes con las enfermedades somáticas; á continuación

y en forma de cuadros sinópticos exponemos las principales clasificaciones admitidas por los frenópatas al objeto de que el práctico se haga cargo del criterio dominante en dicha especialidad y de cuáles son las formas y cuadros sindrómicos y especies nosológicas objeto de estudio de la Frenopatía; acto seguido describimos los estados sintomatológicos fundamentales de la alienación mental y sus variedades y de una manera más sucinta las locuras sintomáticas. Terminado el estudio nosográfico de las psícosis, nos ocupamos de los fundamentos del pronóstico y de las bases y modo de establecer el diagnóstico de las mismas; exponemos á continuación cuáles son los diversos métodos de tratamiento de las enfermedades mentales y los medios para cumplir las indicaciones que presentan. La deontología y la medicina legal frenopática son las últimas partes que estudiamos y en ellas incluímos, naturalmente, las distintas cuestiones sociales y de otros órdenes á que da lugar la enajenación, y los problemas inherentes á la responsabilidad y capacidad de los enfermos de la mente. En unos apéndices transcribimos además las disposiciones legales vigentes en España y el modelo de algunos documentos de los que más frecuentemente hay que extender ó escribir con motivo de los asuntos así civiles como criminales, que con los locos tienen relación.

Siempre hemos tenido presente el criterio clínico como norma é inspiración, sin descender á las teorías ó hipótesis más ó menos confirmadas y verosímiles que para la explicación de los hechos se han dado, interesantes para el especialista, pero que, dado nuestro objeto, eran impropias en esta ocasión. Para ello, á más de las notas que durante nuestro ejercicio de la profesión hemos recogido, consultamos numerosas obras y monografías, habiendo en ciertos casos transcrito y resumido lo expuesto en algunas de ellas por parecernos más útil y conveniente en beneficio de la claridad y concisión; al final de la obra se hallará una indicación bibliográfica de las mismas, al objeto de

que el que quiera ampliar los conocimientos sobre un punto dado sepa las obras que podrá consultar con fruto.

En resumen, nuestro propósito ha sido que el médico no dedicado á la Frenopatía, ante un enfermo de la mente, pueda venir en conocimiento de lo que se trata, sino haciendo un diagnóstico preciso y de especie, cuando menos genérico; pueda asimismo cumplir las primeras y más urgentes indicaciones terapéuticas, las más importantes en estos casos, ínterin se plantea el tratamiento definitivo, á la par que contestar á las preguntas que con ansiedad natural le harán las familias interesadas sobre la realidad de la enajenación mental, su marcha, duración y terminación probable, y pueda, por último, resolver los diversos problemas deontológicos y médico-legales que con ocasión de la locura se plantean. Si realmente se consiguiera este resultado y lográsemos con ello que este libro fuera útil á nuestros comprofesores, veríamos recompensado nuestro trabajo y satisfechas nuestras aspiraciones.

J. Martínez Valverde.

Barcelona y Diciembre de 1899.

PRIMERA PARTE

DIAGNÓSTICO FRENOPÁTICO

SECCIÓN PRIMERA

CAPÍTULO PRIMERO

Elementos sintomáticos de la alienación mental

Definición de la locura. — Para ESQUIROL la locura, es: *Una afección cerebral, ordinariamente crónica, sin fiebre, caracterizada por desórdenes de la sensibilidad, de la inteligencia y de la voluntad.*

Esta definición, por defectuosa é incompleta que sea, es quizás la más generalizada, y si se le añadiera el hecho importantísimo de la *inconsciencia* que de su estado tiene generalmente el alienado, podría aceptarse sin muchos reparos, pues cuando menos nos daría una idea aproximadísima de lo que en la esfera de la práctica es dicha dolencia.

Terminología.—Como muchos de los nombres empleados en esta especialidad se usan también en el lenguaje vulgar es muy conveniente precisar su verdadero significado técnico. Así, por *alienación mental* se entienden genéricamente todos los trastornos de la inteligencia de cualquier clase y forma que sean. La denominación de *locura*, se aplica á los casos en que se trata de la pérdida de la razón propiamente dicha, hasta entonces en pleno estado normal: así un *imbécil* es un alienado, pero no es un loco; sin embargo, si dicho sujeto sufriera un ataque de manía, etc., nos encontraríamos con un alienado que se había vuelto loco. Empléanse las palabras *enfermedades mentales* ó *frenopatías*, como sinónimas de alienación mental; *psícosis* ó *psicopatias*, como análogas á la de locura; y las de *Psiquiatria, Freniatria* ó *Frenopatología* en igual sentir que Medicina mental. Con la palabra *vesania* se distin–

guen las locuras simples y que no están ligadas á ningún otro estado morboso, ya sea á título de síntoma propio ó de complicación, etc., así el delirio parcial crónico es una vesania; en cambio la locura paralítica, la locura puerperal y otras no pueden comprenderse bajo dicha denominación.

La locura, como todas las enfermedades, se presenta á nuestra observación por medio de los síntomas, que en el caso actual pueden ser de dos órdenes distintos: unos son propios y especiales de la alienación mental y sólo en ella se encuentran; otros le son comunes con los que se presentan en las dolencias de que trata la patología en general. Los primeros son los síntomas psíquicos, los últimos son los síntomas somáticos ó físicos.

Los síntomas psíquicos son variados, por lo que, para comprenderlos mejor, se les divide en grupos, cuya clasificación ó agrupamiento facilita el estudio metódico de los mismos, así como la investigación clínica.

A continuación exponemos en un cuadro sinóptico la clasificación que adopta RÉGIS, la cual nos parece ser una de las más científicas y prácticas, y es la que nos servirá de pauta para la descripción de los síntomas de la alienación mental:

ELEMENTOS SINTOMÁTICOS DE LA ALIENACIÓN MENTAL

I. ELEMENTOS FUNCIONALES

- 1.° *Desórdenes de la actividad general*
  - por exceso ó *excitación*
  - por defecto ó *depresión.*
- 2.° *Desórdenes de la esfera psíquica*
  - 1.° del *orden intelectual*
    - a. *Concepcion delirante*
    - b *Alucinación*
    - c. *Ilusión*
  - 2.° del *orden pasional*: *Delirio de los sentimientos y de los afectos*
  - 3.° del *orden psico-motor*
    - a. *Delirio de los instintos*
    - b. *Delirio de los actos*
- 3.° *Desórdenes de la esfera física*: Alteraciones de las diversas funciones físicas

II. ELEMENTOS ORGÁNICOS Ó CONSTITUCIONALES

- *Lesiones de organización*
  - a. *Estigmas psíquicos*
  - b. *Estigmas físicos*
- *Lesiones de desorganización*

I.—ELEMENTOS FUNCIONALES

Los elementos funcionales ó dinámicos comprenden desórdenes generales y desórdenes parciales.

1.º DESÓRDENES DE LA ACTIVIDAD GENERAL

El funcionalismo de la actividad general psíquica puede sufrir alteraciones de dos maneras distintas: ó bien aumentando la reacción que en ella determinan las impresiones, ó bien disminuyendo esta misma reacción, es decir, ó por *excitación* ó por *depresión*.

En la excitación hay una exacerbación en el funcionalismo cerebral, es decir, una *hiperfrenia*, y se caracteriza por una brillantez y facilidad en las ideas y en su expresión, por una actividad mayor de los sentimientos, de la voluntad, etc.; por mayor necesidad de movimiento, en suma, por un aumento en la energía de todas las funciones. Constituye la característica, el sello dominante de todas las formas del cuadro sindrómico conocido con el nombre de *Manía*.

La depresión se nos manifiesta de un modo inverso: todo lo que era aumento allí, aquí es disminución, esto es, una *hipofrenia*, pudiendo presentar lo mismo que la excitación diversos grados de intensidad, desde la más ligera depresión á un estado de profundo estupor en todo el funcionalismo cerebral. Su tipo más completo son las distintas formas de *Melancolía*.

El conocimiento de los estados de excitación y de depresión es muy importante porque, como hace notar RÉGIS, sirve para caracterizar las formas de locura, pues en muchas existe siempre alguna de estas alteraciones, en otras se suceden una á otra, y son las locuras generalizadas, las primeras y las de doble forma las últimas; así como también permiten conocer las locuras par-

ciales en que la excitación ó la depresión sólo recaen en una ó parte de alguna función psíquica.

2.º DESÓRDENES DE LA ESFERA PSÍQUICA

Estos pueden ser de tres clases: *desórdenes del orden intelectual;* del *orden pasional* y del *orden motor.*

Desórdenes del orden intelectual

a.—*Concepción delirante*

Bajo este nombre se conocen en Frenopatía las ideas falsas que tienen los alienados; el conjunto de las mismas constituye el *Delirio.* Estas ideas no son siempre absurdas por sí mismas, sino que este carácter lo adquieren en relación al estado social ó modo de ser del individuo; así por ejemplo, el creer que el cuerpo se ha vuelto de cristal, es una concepción siempre absurda; no lo es, que se imagine uno ser millonario, general, etc., pues estos hechos son reales, aunque quizás no con relación al sujeto que tiene tales creencias.

La característica de las concepciones delirantes es su gran fijeza, la tenacidad con que resisten al testimonio de los sentidos y de la inteligencia; son superiores por tanto á la voluntad del paciente que desconoce su modalidad patológica. Sin embargo, dicha fijeza no suelen tenerla desde el principio y sólo después de un período de duda, es cuando adquieren los enfermos el convencimiento de la realidad de tales ideas, ó sea cuando, según la frase de J. FALRET, entran en la etapa de sistematización.

Todas las manifestaciones del pensamiento humano pueden encontrarse en el delirio de los enajenados. BALL y RITTI clasifican las principales en las ocho categorías que se expresan á continuación:

1.º Ideas de satisfacción, de grandeza y de riqueza; 2.º ideas de humildad, de desesperación y de ruina; 3.º ideas de persecución; 4.º ideas hipocondriacas; 5.º ideas religiosas; 6.º ideas eróticas, 7.º ideas de transformación corporal, ya refiriéndose al alienado mismo, ya á lo que le rodea; 8.º ideas delirantes con conciencia: (locura con conciencia, agorafobia, topofobia, claustrofobia, locura de la duda con delirio del tacto, etc.)

Pero hay que tener presente que en la práctica las categorías, las divisiones en que hemos agrupado las ideas delirantes, no se nos presentan tan delineadas, sino que las unas se mezclan con las otras hasta el extremo de que una concepción delirante puede pertenecer á dos clases distintas; tal sucede, por ejemplo, con una de las que se observan más frecuentemente, la creencia de ser Dios, que tanto puede corresponder á una idea religiosa como á un concepto megalománico ó de grandeza.

De todo lo expuesto se deduce la grande importancia diagnóstica del síntoma *Delirio,* pero no podemos menos de hacer presente que no constituye esencialmente, esto es, no forma por sí solo la característica de la locura, pues hay muchas de éstas, como veremos más adelante, en que el enfermo no tiene la menor idea delirante.

Pasamos por alto el modo como tales concepciones erróneas se forman y desenvuelven en la mente del alienado, así como las teorías que para su explicación se han dado, pues ésta es tarea más propia de un tratado de Frenopatía y nos alejaría del objeto que nos hemos propuesto.

b.—*Alucinaciones*

De tanta si no mayor importancia que el síntoma que acabamos de estudiar son las alucinaciones, no sólo por su gran frecuencia, sino porque ellas imprimen muchas veces su carácter á la locura.

A ESQUIROL debemos el conocimiento preciso de la alucinación, lo que por tal debe entenderse, sus diferencias con las ilusiones, dándonos dicho sabio alienista la definición exacta de ambos síntomas.

El concepto de la *alucinación* lo expone el citado autor diciendo: «Un hombre que tiene la convicción íntima de una sensación actualmente percibida, cuando ningún objeto exterior propio para excitar esta sensación está al alcance de sus sentidos, se halla en estado de alucinación.» M. BALL resume esta definición en la siguiente forma: «la alucinación es una percepción sin objeto.»

Las alucinaciones tienen para los alienados tal carácter de evidencia, es tanta la convicción que de su realidad poseen, que cuando uno se esfuerza en disuadirles de su error, responden, como hace notar BALL, con una lógica tal que sus argumentos no pueden rebatirse, y muchas veces os dicen, añade el citado alienista: «Señor, si hay que dudar de todo, debo dudar de que os veo, de que os oigo, de que os toco; pues si el testimonio de mis sentidos puede engañarse una primera vez, también puede hacerlo una segunda.»

Las alucinaciones se han dividido en tantos grupos como sentidos y órdenes de sensaciones existen. En los sentidos cuyos órganos son dobles y simétricos dicha clase de fenómenos pueden referirse á uno ó á ambos lados, es decir, son *unilaterales* ó *bilaterales,* ó bien presentar carácter distinto según el lado afecto, tipo de alucinaciones muy bien estudiado por MAGNAN; además y de un modo general, la mayoría de autores admite la distinción hecha por BAILLARGER en alucinaciones *psico-sensoriales* y *psíquicas*. También se han hecho otras divisiones de las cuales, así como de las señaladas, vamos á dar una noción sucinta.

Alucinaciones del oído.—Como veremos más adelante son las más frecuentes, así como también las más graves, las que más

directa é inmediatamente se relacionan con la locura, lo mismo que las que con más dificultad ceden ó desaparecen; pero no sólo estriba en estas cualidades su gravedad, pues ésta sube de punto porque contribuyen á determinar actos que convierten en peligrosos á ciertos alienados, bastando para que se comprenda esto, recordar que á ellas se deben, la mayoría de las veces, los suicidios de los melancólicos y los hechos criminales de los perseguidos, entre otros ejemplos que podríamos citar.

Los sonidos ficticios que por tal orden de alucinaciones se perciben son unas veces confusos é inarticulados, otros son articulados, parecen voces y hasta simulan en algunos casos una conversación; en una palabra, tienen aspectos diversos y grados distintos de intensidad. En unos casos son ruidos tenues, silbidos, zumbidos, detonaciones, etc., y éstas son las *alucinaciones acústicas elementales;* en otras ocasiones el enfermo oye ya palabras solas, ya voces compuestas de frases más ó menos largas y hasta conversaciones entre dos ó más personas, siendo éstas las *alucinaciones acústicas complejas.* Algunos alienados de tal manera se identifican con el mundo imaginario formado por estos trastornos que por instruídos é ilustrados que sean no es posible sacarles de su error y se esfuerzan en interpretar tales hechos por medio de las más raras y absurdas explicaciones, haciendo intervenir diversos agentes y distintas fuerzas, como la electricidad, el fonógrafo, el teléfono, etc.

Respecto al modo como se desarrollan hay que observar que en general empieza el enfermo por oir ruidos vagos, luego silbidos, campanadas, más tarde interjecciones, palabras sueltas, hasta llegar, como hemos dicho ya, á percibir conversaciones más ó menos complicadas; en unos casos no reconocen las voces, pero la mayoría de las veces las creen pertenecientes á sus parientes, amigos ó á personas con quienes tienen relaciones por motivo de la profesión ó por otro cualquiera; algunas veces las refieren á seres imaginarios, ó bien son las palabras de Dios,

de la Virgen, del diablo, etc., las que creen percibir distintamente.

Las voces tienen por lo común un carácter penoso, molesto y desagradable para los enfermos, pues suelen consistir en palabras ó frases injuriosas ó insultantes, ó bien revisten la forma de mandatos de actos que repugna cometer á los pacientes, por más que en algunas ocasiones sucumban á ellas. Algunos perseguidos se lamentan de que las voces que oyen repitan sus pensamientos, sin ocultar aquellos que quisieran tener más secretos; tal fenómeno se conoce con el nombre de *eco del pensamiento.*

En los alienados que poseen varios idiomas puede suceder que las voces de sus alucinaciones las oigan en aquéllos, aunque lo más común es que se manifiesten en el lenguaje usual y propio del enfermo. Mucho se ha repetido el hecho que á propósito de lo expuesto cita ESQUIROL tratándose de un prefecto de Napoleón I que conocía casi todos los idiomas de Europa, oyéndolos en sus alucinaciones perfectamente, excepto un idioma que lo percibía de una manera vaga, el ruso, que sólo conocía de un modo imperfecto. Alguna vez, aunque rara, las alucinaciones acústicas se producen en una lengua de la que no se sirve el enfermo habitualmente; BALL cita el ejemplo de una mujer afecta de delirio de persecución, la que oía dirigírsele los más groseros insultos en el dialecto de su país, del que faltaba largos años, pues habitaba en París y poseía perfectamente el francés, así es que, á su entender, sus enemigos habían venido á propósito desde su país natal para insultarla y calumniarla en público.

El punto de donde parten las alucinaciones acústicas lo refieren los enfermos á distancias varias; unas veces proceden de lo alto, hasta del cielo, otras vienen de abajo, así como de delante ó de atrás, como también del interior de su mismo cuerpo. En este último caso puede suceder que el alienado adquiera la convicción de la existencia en su cuerpo de dos seres, es decir, que se observe el fenómeno curioso del *desdoblamiento de la persona-*

lidad. Iguales variaciones se notan respecto á la distancia de que parten las voces, pues unas veces las suponen á la menor posible, así como en otros casos las hacen derivar de un punto situado á centenares de kilómetros: en el Manicomio de San Baudilio de Llobregat había una mujer que oía las frases injuriosas que se la dirigían desde Novelda, provincia de Alicante.

Es notable el hecho de que la *sordera* no es obstáculo para la aparición de alucinaciones acústicas, sino muy al contrario, pues este defecto sensorial parece ser causa predisponente muy abonada para la aparición de tales trastornos.

SEGLÁS da el nombre de *alucinaciones verbales psico-motrices* á las alucinaciones psíquicas de BAILLARGER que se refieren á este sentido. Según SOLLIER pueden coexistir con las auditivas comunes y á menudo son conscientes. De ellas nos ocuparemos más adelante.

Tanto en el interrogatorio para el diagnóstico de las alucinaciones acústicas como para el de las demás, conviene tener en cuenta las siguientes consideraciones que facilitan su más pronto y completo conocimiento; los enfermos pueden dividirse en dos grupos: primero, el de los enfermos que hablan; segundo, el de los que callan. Entre los de la primera agrupación encontramos aquellos que en seguida se quejan de sus alucinaciones; los que las manifiestan en cuanto se les interpela y los que hacen alusión á ellas en su conversación. Entre los de la segunda categoría, se hallan aquellos que no hablan por impedírselo su estado de estupor ó de demencia, los alienados á quienes sus alucinaciones les impiden contestar y los que las niegan ó disimulan, pudiendo añadir á este último grupo aquellos á quienes su estado de agitación no permite contestar acordemente (SOLLIER).

La repetición en los alienados de las alucinaciones acústicas, por el hecho de su persistencia parece dar lugar á la aparición de signos exteriores, de una fisonomía especial que una cierta práctica hace conocer fácilmente y que RÉGIS describe del

5

siguiente modo: «El signo característico es el estado de sus ojos, muy abiertos, fijos y brillantes, y que no se puede comparar mejor que á la mirada del hombre absorto en su pensamiento y que mira sin ver. Fuera de esto, siguiendo de cerca á estos enfermos, se observa además que están en coloquio con los personajes imaginarios. Así, ríen con frecuencia por lo que acaban de oir, ó bien contestan á sus voces, sea en voz alta, bajo la forma de exclamaciones más ó menos bruscas; sea en voz baja, moviendo simplemente los labios. En fin, se entregan de repente á actos extravagantes ó peligrosos, determinados por sus alucinaciones.»

Alucinaciones de la vista.—Esta clase de alucinaciones presenta caracteres análogos á las del oído, siendo su gravedad bastante menor. Alguna vez suelen observarse en las personas sanas de la mente á consecuencia de una fuerte y viva emoción que les haya impresionado ó bien á causa de un acceso febril.

Son menos complicadas en sus manifestaciones que las alucinaciones acústicas, y como éstas pueden ser simples y complejas. Toda clase de objetos son percibidos; á veces, y durante más ó menos tiempo, es siempre el mismo el que se ve, pero lo más común y frecuente es que varíen y se sucedan unos á otros. Estas alucinaciones consisten ya en sombras vagas é indefinidas, ya en objetos de formas más ó menos complicadas, ya en seres vivos como animales, hombres, etc., y á veces también cree el enfermo que es Dios, etc., la visión que se le presenta; en algunos casos constituye la alucinación hasta un cuadro ó panorama completo, con toda claridad percibido y poblado de dos ó más personas. Todos estos objetos se mueven, se acercan, alejan ó permanecen quietos, y son vistos ya con sus dimensiones naturales, ya agrandados ó disminuídos en su tamaño.

La dirección en que aparecen varía también; generalmente corresponde al frente del enfermo, pero en otros casos éste tiene

que volverse para percibirlos y algunas son observados cada vez que se dirige la mirada á un punto determinado.

Obsérvanse generalmente de un modo súbito, pero en ciertas ocasiones se van desarrollando gradualmente, empezando por su expresión más elemental hasta llegar á su mayor grado de complexidad, del propio modo que antes hemos visto sucedía con las alucinaciones acústicas. Unas veces su percepción es interrumpida por la interposición de un cuerpo real, mientras, viceversa, en otras se interponen á manera de pantallas ante objetos ó seres tangibles que ven los enfermos.

En unas ocasiones estos fenómenos únicamente se presentan de noche, otras sólo en pleno día y la obscuridad los hace desaparecer, lo mismo que si se cierran los ojos, habiendo casos en que no se perciben más que en estas últimas circunstancias.

Generalmente las alucinaciones ópticas tienen una relación directa con las preocupaciones que embargan al sujeto, y reflejan vivamente el delirio que sufre el alienado ó bien sensaciones ó emociones fuertes y vivas que con anterioridad le impresionaron. Con gran frecuencia tienen carácter terrorífico, hecho sumamente vulgar en los alcohólicos, en los que se manifiestan de un modo general bajo la forma de animales inmundos, repugnantes, etc.

En los extáticos, demonópatas é histéricas, en todos los cuales son sumamente comunes, representan cuadros y escenas complejos y con más cohesión que en los restantes alienados.

También se han observado ejemplos en los que las alucinaciones ópticas eran unilaterales, siendo, generalmente, debidas á lesiones oculares distintas, habiendo en algunos casos curado mediante una operación quirúrgica, tal como la iridectomía, extracción de la catarata, etc. Es notable el hecho citado por PICK, de Praga, que describe con el nombre de alucinaciones *hemiópicas*, aquellas en las que el enfermo no veía más que la mitad de la imagen ficticia que se le presentaba ante sus ojos.

Del mismo modo que la sordera no impide la presentación

de alucinaciones acústicas, tampoco es obstáculo la ceguera para la aparición de las ópticas, que son bastante frecuentes en los que están privados del sentido de la visión.

Alucinaciones del olfato y del gusto.—Suelen ser, en general, elementales, menos complejas que las del oído, y aunque las menos frecuentes de todas las alucinaciones en el período de estado, son algo comunes en el principio de la locura ó en su fase aguda: su distinción de las ilusiones de los mismos sentidos es algo difícil por su posible confusión con aquella clase de síntomas frenopáticos. En la mayoría de los casos coinciden con un estado saburral de la lengua y estómago, así como un ligero catarro crónico de este último órgano, y son la causa determinante de la repugnancia casi invencible que presentan algunos alienados á la ingestión de los alimentos, ó sea la *sitofobia*, síntomas que, al igual que dichos trastornos sensoriales, suelen ceder, en ocasiones, á la administración de un medicamento del orden de los evacuantes.

Esta clase de alucinaciones es frecuente en ciertas formas de melancolía, en la hipocondría y en algunos delirios de persecución. Comúnmente son olores y sabores desagradables y repugnantes los que perciben los enfermos, como de azufre, arsénico, cobre, amoníaco, huevos podridos, etc., atribuyendo los pacientes esas sensaciones, ya al hecho de estar infestado el aire, ya á estar mezclados los alimentos con dichos cuerpos ó con algunos venenos y aun con ciertas secreciones, como la orina, el esperma, las heces fecales ú otras muy diversas substancias. Hay alienados que creen que dichos olores pestilentes se exhalan de su cuerpo por estar ellos podridos, gangrenados ó descompuestos, y es tal la convicción que tienen de ello, que se apartan del trato social y se encierran en sitio retirado del contacto de las gentes. En ciertos y rarísimos casos el enfermo percibe sabores agradables de manjares exquisitos que cree gustar, y en otros sentir olores de gran fragancia y delicado

aroma, cosa observada sobre todo en algunos extáticos, que aspiran con fruición el perfume del incienso, de la mirra, etc., que sólo para ellos existe.

Las alucinaciones del olfato son más definidas que las del gusto, pero en todo caso hay que observar con cuidado estos hechos, pues, como ya hemos dicho, se trata muchas veces de ilusiones de estos sentidos, ó sea de sensaciones de hechos reales, aunque mal interpretados.

Hemos tenido ocasión en nuestra práctica de ver dos ejemplos curiosos de este orden de síntomas: uno de ellos es una mujer con un delirio crónico terminal alcohólico y quizás también con algún trastorno del sistema nervioso de origen sifilítico; su vida ha sido algo agitada, y hase consumido de lupanar en lupanar; aparte de alucinaciones é ilusiones ópticas y acústicas, presenta esta enferma claras alucinaciones del gusto, sin trastorno patológico visible del aparato digestivo; dice que en las comidas se le ponen substancias á que ella da el nombre de picantes y que algunas veces se añaden otros ingredientes para estropearle sus facciones, cosa que en su lenguaje especial expresa diciendo: «que le dan una ración de desfiguración del rostro:» del propio modo cualquier medicamento que se la prescriba, lo cree compuesto de «tisana con ácido sulfúrico, yoduro potásico y un jarabe,» por ella llamado de *tachuelas*.

El otro enfermo es un hombre de alguna edad, labriego, de escasa cultura intelectual, sufriendo un delirio de persecución en su período de sistematización, habiendo cometido, efecto de su trastorno psíquico, algunos homicidios y varias lesiones graves; este sujeto presenta alucinaciones del olfato y del gusto, que describe diciendo: «que desde Denia (Alicante) (estaba en San Baudilio del Llobregat) le arrojan un gas y unos polvos que le asfixian y queman, así las fauces como las fosas nasales, estando continuamente noche y día efectuando actos de expiración y de expuición para impedir la ingestión de dichas supuestas

substancias, hecho que le ocasionaba un malestar perpetuo y perseverantes tentativas de fuga para eludir ese tormento que le daban sus enemigos. En ninguno de estos dos casos hemos podido hallar ninguna lesión, así orgánica como funcional, que nos explicara tales trastornos sensoriales.

Cuando las alucinaciones del olfato forman parte de desórdenes distintos de varios sentidos, adquieren entonces un carácter complejo y perfectamente definido, de lo que es un ejemplo claro el hecho de ANDRAL, sucedido á él mismo y recordado por BALL: «Al principio de sus estudios médicos, fué impresionada su imaginación, en un anfiteatro de anatomía, por la vista de un cadáver de niño, medio roído por los gusanos. A la mañana siguiente, al despertar, volvió á ver de repente el cadáver de aquella criatura. «Estaba allí, *yo percibía su olor infecto*,» dice ANDRAL, quien, por otra parte, no se engañó un solo instante por este error de los sentidos.»

Alucinaciones del tacto y de la sensibilidad general.—Las alucinaciones del tacto se confunden fácilmente con las ilusiones del mismo sentido, y en muchas ocasiones es difícil distinguirlas de las de la sensibilidad general; ambas clases de alucinaciones son bastante comunes en los alienados, sobre todo en los casos de delirio de persecución, especialmente en los crónicos y en los hipocondriacos. Revisten formas muy variadas y de difícil clasificación metódica; BALL las divide en dos grandes grupos: las que se refieren á las hiperestesias ó perversiones del sentido táctil y las que se relacionan con anestesias más ó menos completas.

Consisten estas alucinaciones en sentirse los enfermos pisoteados ó pinchados, en percibir sacudidas y conmociones como de descargas eléctricas; otros dicen que por su piel andan ratas, arañas y otros animales inmundos. Unos creen que son quemados con pólvora; que les mojan con varios líquidos, como sangre, etc.; que reciben duchas; que los sumergen en agua fría, y que van á ahogarse. Algunos alienados creen, que durmiendo son

objeto de experimentos magnéticos; que los golpean; hay mujeres que dicen que de noche van algunos hombres á besarlas, tocarles sus pechos, etc. En otros casos, los enfermos se sienten suspendidos en el aire y hasta arrojados bruscamente á un precipicio; que su cuerpo es de plomo y muy pesado ó que tienen la cabeza hueca y vacía. Alienados hay que se creen muertos ó transformados en animales *(licantropia,* etc.), en objetos de porcelana, de cristal, cera ó manteca ú otras diversas substancias que pueden romperse ó fundirse al calor, como si sucediera que en estos últimos casos hubiese una perversión ó abolición del sentimiento de la personalidad. Dice BALL con respecto á este particular: «Una alucinación muy común, ya entre los alienados, ya entre las gentes sanas de espíritu, consiste en sentirse golpeados en la espalda ó bruscamente cogidos por una mano invisible; cuando esta mano está helada, esta sensación despierta fácilmente la idea de una aparición de ultratumba.»

Por algunos se da el nombre de alucinaciones *cenestésicas* á aquellas alucinaciones de la sensibilidad general generalizadas y que determinan en el enfermo la idea de haber cambiado en totalidad y por tanto estar muerto, transformado en cuerpo de madera, piedra, etc.

De todas estas sensaciones patológicas del sentido del tacto que, como se ve, unas son debidas á exaltaciones de la sensibilidad y otras á anestesias de la misma, conforme antes hemos dicho, y que los enfermos interpretan según su delirio, algunas no corresponden exactamente á dicho sentido, ni á otro alguno bien definido, sino á la sensibilidad general, como se desprende de la descripción hecha, combinándose con frecuencia con alucinaciones del oído, vista, etc.

Alucinaciones del sentido genital.— Para algunos autores esta clase de alucinaciones pueden comprenderse entre las del sentido del tacto y las de la sensibilidad general, pero dada su manera propia de manifestarse y el carácter especial que muchas

veces suelen imprimir al delirio de los alienados merecen ser estudiadas aparte. Aunque se observan en ambos sexos son mucho más frecuentes en el femenino y pueden presentarse bajo la forma de toda clase de sensaciones, ya voluptuosas, ya penosas, de dichos órganos, desde las más vagas, hasta las análogas al coito y aun al parto.

Las mujeres se quejan de tocamientos impúdicos, se creen violadas ó bien que durante el sueño son ultrajadas por individuos de los que, á veces, llegan hasta citar sus nombres, personas de su trato ó conocimiento; otras dicen que las introducen en sus genitales cuerpos extraños de distinta naturaleza. Algunas se creen embarazadas, sienten los movimientos del feto y al cabo de cierto tiempo, después de haber pasado por todas las fases de la preñez, creen haber parido y pretenden que hasta sufrieron los dolores del parto. Conocemos una enferma que constantemente piensa estar embarazada y que de noche pare ó le extraen los fetos, quejándose con frecuencia de que, dormida, y á menudo contra su voluntad, abusan de ella, inculpando de tales acciones á cuantos hombres conoce, con la particularidad, de que dice además «que de su vientre no sólo salen chiquillos, sino también animalitos.» Los hombres frecuentemente están convencidos de que son objeto de prácticas de pederastia, ó que ejecutan en ellos actos de masturbación; y no deja de haber algunos que pretenden haberse hallado en estado de embarazo y hasta llegado al parto inclusive. Hemos observado, por espacio de varios años, á un sujeto de unos cuarenta años de edad que se había dedicado al comercio y tenía regular instrucción, que estaba convencido de tener matriz, quejándose en tiempos húmedos de algunos pinchazos que sentía en dicho órgano, siendo de notar la circunstancia de que sus genitales estaban conformados normalmente, sin el menor signo de hermafrodismo.

Sabido es que con alguna frecuencia, mujeres sometidas á la cloroformización se quejan al despertar de haber sido violadas ó

bien que durante el sueño anestésico se las ha ultrajado, ideas que tienen en ellas gran fijeza, no siendo otra cosa que alucinaciones genitales producidas por la acción tóxica de dicha substancia.

Al mismo orden de síntomas pertenecen las relaciones que con el diablo creían tener las brujas durante su sábado; así como las leyendas de los demonios incubos y subcubos. Supersticiones muy comunes durante la Edad media, sobre todo en las épocas en que había algunas de las epidemias de neurópatas que se sucedieron en aquellos tiempos.

Alucinaciones desdobladas.—Así como CALMEIL, MOREAU, MICHEA y otros señalaron el hecho raro de que las alucinaciones pueden ser unilaterales, hay otros casos, menos frecuentes aún que los anteriores, en que siendo las alucinaciones bilaterales revisten en cada lado carácter diferente, así por ejemplo: por el oído derecho oye el enfermo cosas agradables, mientras que por el izquierdo cree se le dirigen insultos, injurias, etc., ó viceversa. Este fenómeno, muy bien estudiado por MAGNAN, recibió de RÉGIS el nombre de *Alucinaciones desdobladas.*

Alucinaciones psíquicas.—Hay enfermos, sobre todo los alucinados crónicos, que presentan una serie de impresiones falsas, que no tienen en manera alguna el concurso de los sentidos. En ellos, los pensamientos toman la forma de una conversación interior; se interpelan de alma á alma sin lenguaje oral alguno. Unos oyen una voz sin sonido ni ruido, que les habla ya en el interior del cerebro, ya en otras partes de su cuerpo. En este orden de fenómenos falta el elemento sensorial: como hemos dicho antes, se determinan sólo por el ejercicio, por el funcionamiento de la memoria y de la imaginación. Aunque los enfermos relacionan frecuentemente tales impresiones morbosas al órgano del oído, no por eso deja de haber casos en que son la vista ó los otros sentidos á los que hacen referencia.

BALL observa, con razón, á nuestro modo de ver, que estos

trastornos forman como la transición entre las alucinaciones propiamente dichas y las concepciones delirantes.

BAILLARGER ha dado á este síntoma el nombre de *Alucinaciones psíquicas*, para diferenciarlas de las anteriormente estudiadas que denomina *alucinaciones psico-sensoriales*. Como hemos visto antes, á las alucinaciones psíquicas que refieren los enfermos al oído, se les ha dado por algunos el nombre de *alucinaciones verbales psico-motrices* y á las que se relacionan con la vista, el de *alucinaciones verbales visuales*.

Alucinaciones internas.—Alienados hay que perciben sensaciones extrañas en sus órganos internos, que si bien son debidas la mayor parte de las veces á lesiones materiales, como veremos al estudiar las ilusiones (ilusiones internas), en algunas otras no se puede comprobar ninguna alteración siendo verdaderas *alucinaciones internas*; éstas se presentan especialmente en los hipocondriacos. Unos creen tener lobos en su abdomen, otros una reunión de sacerdotes; quienes que no tienen úvula, etc.

Alucinaciones complexas.—Son las formadas, por la reunión simultánea de percepciones falsas de varios ó de todos los sentidos; su frecuencia es mucho menor que las aisladas, su gravedad grandísima y su pronóstico fatal, pues mientras es uno solo el sentido afecto, los demás pueden concurrir á rectificar el error, pero en este caso le falta tal medio de comprobación al enfermo, el cual sucumbe á la evidencia que para él tienen los hechos de tal manera conocidos.

Alucinaciones hipnagógicas.—Se da este nombre á las alucinaciones que se observan y desarrollan en el estado intermedio entre el sueño y la vigilia y viceversa. Al tratar de la compatibilidad del síntoma alucinación con el estado de razón ó fisiológico de las facultades psíquicas, volveremos á ocuparnos de las mismas y describiremos el modo y forma como se presentan.

Frecuencia.—Es tan característico de la locura el síntoma alucinación, que casi no se comprende vesania sin él; por lo tanto,

no es de extrañar que la mitad de los alienados, á lo menos, sufran tal trastorno psico-sensorial, siendo de notar que se observa menos veces en la locura de los niños que en la de los adultos.

Pero no todas las alucinaciones son igualmente frecuentes, sino muy al contrario, unas lo son más que otras, así como también algunas formas de locura se distinguen por presentar casi de un modo patognomónico alucinaciones de determinados sentidos y aun de un carácter particular y propio de ellas.

Las que más á menudo se observan son las alucinaciones acústicas, en términos que CULLERRE y otros afirman que constituyen el 50 por 100 del total; por nuestra parte no creemos exagerado tal cálculo, sino muy al contrario, fundándonos en lo que hemos visto en nuestra práctica, opinamos que son algo más frecuentes. Continuando en gradación descendente son un poco menos comunes las del sentido de la vista, si bien MAX-SIMÓN coloca antes de éstas á las de la sensibilidad general, entre las que comprende á las táctiles; luego vienen las alucinaciones del olfato y del gusto, cuyo contingente es muchísimo menor y en una mínima parte.

En la locura crónica, en el delirio de persecución, las alucinaciones del oído son casi constantes, ya solas, ya asociadas á las de los otros sentidos, asociación que CULLERRE coloca por orden de frecuencia de la manera siguiente: 1.° Alucinaciones del oído; 2.° alucinaciones del oído y sensibilidad general; 3.° alucinaciones del oído, sensibilidad general, olfato y gusto; 4.° alucinaciones del oído, olfato y gusto.

Como vemos, no aparecen en dicha clasificación para nada las alucinaciones de la vista, pues éstas, aparte de las formas agudas y en este caso unidas á las de los otros sentidos, cuando se observan en los afectos crónicos, hacen sospechar la presencia de un nuevo agente etiológico, como por ejemplo, el alcoholismo. En todos los delirios tóxicos es donde se encuentran con

mayor frecuencia las alucinaciones visuales; en el alcohólico, comúnmente bajo la forma de animales inmundos, como dijimos ya, y asociadas á las del tacto; en los envenenamientos por las solanáceas virosas también se ven las alucinaciones ópticas presentando el mismo carácter de imágenes terroríficas y de seres repugnantes. Según BIERRE DE BOISMONT, el uso del haschisch da lugar á la aparición de imágenes fantásticas y agradables; igualmente son conocidos los trabajos de HUMPHRY DAVY sobre el protóxido de nitrógeno, por él llamado gas hilarante por los accesos de risa y alucinaciones de aspecto alegre que determina. Así podríamos extendernos sobre la acción de otros agentes, pero con lo expuesto basta para formarse concepto cabal del asunto que tratamos.

Según BALL, también es el sentido de la vista el que más comúnmente se afecta en las alucinaciones hipnagógicas y en las que se presentan en las personas sanas de espíritu.

Patogenia, naturaleza y fisiología patológica.—Como causas determinantes, que obren de un modo inmediato en la aparición de las alucinaciones, encontramos infinidad de hechos difíciles de clasificar. Pero hemos de observar que su acción es nula y de ningún efecto á no existir precedentemente la predisposición individual para sufrir tal trastorno. Las emociones vivas, las preocupaciones morales, los afectos pasionales, etc., en el orden puramente psíquico; la fiebre, la anemia é hiperemia cerebrales, diversas afecciones orgánicas, la acción de algunos venenos, etc., en la esfera somática: todas estas causas dejan de obrar á no existir, como hemos expuesto antes, la circunstancia de la predisposición.

No es aún bien conocida la naturaleza de las alucinaciones; no hay unanimidad de pareceres en cuanto concierne á su esencia íntima, así en la manera como se determinan y desenvuelven, como en las circunstancias en que aparecen, por ser éstas múltiples y variadas.

No nos extenderemos en exponer las diversas teorías emitidas acerca de este asunto, pues nos alejaría esto del punto de vista práctico en que nos hemos colocado, engolfándonos en el terreno de las especulaciones más altas de psicología y de fisiología cerebral, cosas que quien quiera estudiarlas profundamente, las hallará expuestas en las obras á este asunto dedicadas. Sin embargo, daremos alguna idea de las numerosas opiniones que en el campo de la ciencia pretenden explicar el fenómeno de la alucinación, ya que todas ellas en resumen pueden agruparse en tres teorías:

1.ª *Teoría psíquica.*—Iniciada por ESQUIROL, según ella la alucinación no es más que un fenómeno cerebral ó psíquico que se efectúa con independencia de los sentidos; es un hecho absolutamente intelectual y que puede considerarse como la reviviscencia de una idea. LÉLUT dice, que la alucinación es una idea que se proyecta al exterior. Además de los dos autores citados, han defendido esta teoría GRIESSINGER, PEISSE, BUCHER, FALRET y otros.

2.ª *Teoría somática.*—Todas las opiniones pertenecientes á esta teoría hacen asentar el origen ó punto de partida de la alucinación de algún punto del cerebro. FOVILLE expuso por primera vez, y con él opinan CALMEIL, BURDACH y MULLER, que la alucinación se origina en los órganos de los sentidos, siendo dicho síntoma un fenómeno puramente físico ú orgánico; tal opinión ha recibido el nombre de *teoría periférica* ó *sensorial.*

Los adelantos modernos sobre fisiología y patología cerebrales han hecho aparecer nuevas maneras de interpretar este asunto, localizando unos el origen de las alucinaciones en las partes centrales del cerebro y otros en la corteza. Así, el mismo FOVILLE admite también que la causa de este trastorno de los sentidos puede residir en los centros sensitivos, ganglios cerebrales ó cerebro-sensitivos de los alemanes. LUYS, campeón

decidido de la llamada *teoría ganglionar*, opina que el trastorno causante de dicho síntoma está localizado en los tálamos ópticos, modo de ver sustentado y vulgarizado por RITTI. TAMBURINI, FERRIER, etc., creen poder afirmar que el punto de partida de la alucinación reside en la corteza del cerebro *(teoría cortical)*, como efecto de un estado especial de excitación ó de impulso por una conmoción molecular.

3.ª *Teoría psico-sensorial.*—Esta teoría, descrita y defendida por BAILLARGER, que tanto ha trabajado en lo que se refiere al estudio de las alucinaciones, es la que cuenta con más partidarios, pues es la que mejor explica dicho fenómeno. Para dicho autor, la alucinación consta de dos elementos: uno *psíquico,* por la intervención que tienen en su determinación la inteligencia y la memoria del paciente; y otro *sensorial*, por la parte que en ella toman los sentidos. De aquí que esta teoría haya recibido también el nombre de *teoría mixta*. Además, BAILLARGER cree necesaria la concurrencia de las tres condiciones siguientes para la producción de las alucinaciones: 1.ª ejercicio involuntario de la memoria y de la imaginación; 2.ª suspensión de las impresiones externas, y 3.ª excitación interna de los aparatos sensoriales.

Compatibilidad de las alucinaciones con el estado de razón. —Conocida la importancia que el síntoma alucinación tiene en el cuadro sindrómico, por el que se nos exterioriza la locura, hemos de ver si tal perturbación sensorial se observa en los individuos que se encuentran en estado hígido de su inteligencia y en caso afirmativo, cuáles son los caracteres que la distinguen de la alucinación patológica.

Sucede á veces que en personas sanas de espíritu y con alguna instrucción se presenta cualquiera de las alucinaciones que hemos estudiado, pero su inteligencia no toma parte alguna en el fenómeno, sino muy al contrario, les ayuda á rectificar su error sensorial, y por tanto tienen conciencia cabal y convicción

plena de lo absurdo y falso del hecho que parece perciben por sus sentidos. Pero en otras ocasiones se trata de sujetos de escasa ó nula instrucción, en los cuales su inteligencia, ofuscada por la ignorancia y la superstición, no puede rectificar su error y creen ser verdad tales hechos, lo que es común sobre todo en las alucinaciones religiosas colectivas, en los iluminados, etc.

Como vemos, la alucinación no basta para caracterizar y determinar la locura, pues hay personas que están predispuestas á sufrir tal trastorno con la mayor facilidad sin por eso dejar de ser razonables, pero hemos de hacer presente que la alucinación es siempre un síntoma morboso y que su repetición y larga duración pueden llegar á alterar el equilibrio ó la harmonía de las facultades psíquicas y producir un estado mental patológico que, si no es la alienación, se encuentra en las fronteras de ésta: por tal motivo es un error dar á estos hechos el nombre de *alucinaciones fisiológicas* como han sido llamados por algunos. Resumiendo: la alucinación, si bien es siempre un accidente morboso, es compatible con el estado de integridad mental, y lo que le caracteriza como factor de la locura es la interpretación que el paciente da al fenómeno, y aun en aquellos casos en que se acepta la impresión sensorial alucinatoria como real y verdadera, hay que tener en cuenta los demás trastornos que se encuentran en la locura para afirmar que el sujeto se halla bajo el dominio de una vesania, pues ya antes hemos hecho mención de las alucinaciones religiosas, místicas, etc., que se observan en ocasiones de un modo colectivo y como efecto de un contagio nervioso, el mayor número de las veces, en personas que, por otra parte, gozan de integridad intelectual completa; además, en la historia encontramos hombres notables, reformadores religiosos, grandes guerreros, filósofos profundos, sabios eminentes, etc., que sufrían alucinaciones diversas, que aceptaban como hechos ciertos, y á los que ajustaban muchas veces sus actos, y sin embargo, nos guardaremos muy mucho de darles como

locos; citaremos como ejemplo, entre otros: Sócrates, Mahoma, Juana de Arco, Lutero, Van-Helmont, Spinoza, Pascal, Goethe, Walter-Scott, etc.

Las alucinaciones, en el caso de las personas de sana razón, se observan de un modo accidental y por efecto de ciertos estados anímicos, como la atención prolongada sobre una idea, una impresión desagradable, el terror, etc., ó por algunos trastornos somáticos, predisponiendo á su presentación, sobre todo, un temperamento neuropático.

Diagnóstico de las alucinaciones.—Al tratar de las alucinaciones en particular, y en las acústicas, tomándolos de RÉGIS, señalamos ya algunos de los signos por qué puede venirse en conocimiento de que un sujeto sufre tales trastornos, así como también dijimos cuáles eran las condiciones en que pueden encontrarse los alienados al investigarlas, dividiéndolas en dos grupos, y éstos á su vez en varias subdivisiones que entonces expusimos. Pero el diagnóstico de las alucinaciones en general ha de basarse sobre el testimonio de lo manifestado por el enfermo, siendo como son un fenómeno subjetivo; juzgaremos, pues, sus afirmaciones ya en absoluto (tal pueden ser de absurdas), ya en relación con su situación ó con los caracteres que revista el hecho conocido por el paciente. En los casos en que este último calla ó se encierra en mutismo, las alucinaciones ópticas, de olfato, etc., aparte de las acústicas de que ya se trató, pueden diagnosticarse por la expresión de la vista, de la fisonomía, por las reacciones motrices, etc.

Este síntoma sólo puede confundirse con las ilusiones, trastornos que estudiaremos inmediatamente, indicando de paso cuáles son los caracteres diferenciales entre ambos fenómenos.

c. — *Ilusiones*

Conocidas ya las alucinaciones, hemos de ocuparnos de este orden de síntomas que tiene con aquéllas tantos puntos de semejanza, que su diferenciación en muchos casos es difícil si no imposible. Dijimos ya que ESQUIROL fué el primero que separó las alucinaciones de las ilusiones, que hasta entonces se confundían bajo un nombre genérico que las abrazaba á entrambas. La ilusión «no es más que la interpretación falsa ó errónea de una impresión realmente percibida.» LASÉGUE, para hacer resaltar claramente la diferencia que hay entre ambos trastornos psico-sensoriales, ha dicho: «la ilusión es á la alucinación lo que la maledicencia á la calumnia.»

Como hemos observado ya en otro trabajo, «en el estado fisiológico se pueden sufrir ilusiones, que la experiencia y la inteligencia rectifican por los conocimientos que de hechos anteriores se tiene, y como ejemplo claro de este género tenemos las que nos produce el aparato escénico de las funciones teatrales (1)», ó bien el tan repetido de que una torre cuadrada vista de lejos nos parece redonda y, sin embargo, corregimos el error por las nociones de las leyes de la perspectiva. Pero en estado patológico, en los alienados, siendo la ilusión un fenómeno más psíquico si se quiere que la alucinación, la inteligencia, generalmente en estado de delirio, contribuye á afirmar más al paciente en su error.

Las ilusiones son también frecuentísimas en la locura y se nos presentan comúnmente con los mismos caracteres que las alucinaciones, motivo por el que cabe dividirlas de un modo aná-

(1) *Analogías y diferencias entre las alucinaciones y las ilusiones. ¿Son las unas y las otras un mismo fenómeno en lo esencial?*, por D. JOAQUÍN MARTÍNEZ Y VALVERDE. Primer Certamen Frenopático, 1883, Barcelona; Actas del mismo, pág. 99. Tipografía de la «Academia», Barcelona, 1884.

logo á éstas, es decir, según cuáles sean los sentidos afectos. De igual manera podemos observarlas en los sentidos de órganos dobles ó simétricos, ya unilaterales, ya en ambos lados. También se ha admitido una clase de ilusiones en las que el desorden intelectual es de tal suerte que impone la forma á ellas, suspendiéndose el juicio, que se refiere todo á concepciones anteriores por medio de una asociación de ideas, que despierta alguna vaga semejanza ó analogía con seres ú otros objetos conocidos; éstas se han llamado *ilusiones mentales* ó *de la inteligencia*.

Las ilusiones son muy frecuentes en las formas agudas de la locura, que son las más curables, por lo que no es de extrañar que el pronóstico de las mismas sea menos grave que el de las alucinaciones, que, como hemos visto, se observan principalmente en las alienaciones mentales crónicas y de un modo especial en el delirio de persecución, que es una de las especies nosofrénicas de curación más difícil. Su pronóstico es tanto más leve, cuanto más variables y fugaces son; las ilusiones acústicas aisladas son las que revisten mayor gravedad y á ellas siguen las de los órganos genitales. Cuando se presentan á la par alucinaciones é ilusiones combinadas el pronóstico es de peor augurio.

Las *ilusiones de la vista* son las más frecuentes, al contrario de las alucinaciones. Por ellas los enfermos ven los objetos y las cosas cambiados de tamaño y forma, color, etc., en suma, variando las cualidades externas ó físicas de los seres materiales. Respecto á las personas, á unos los hombres les parecen mujeres y viceversa; los desconocidos creen ser parientes ó amigos, ó á éstos los rechazan como si por vez primera les vieran ó fueran sus enemigos. Es decir, las ilusiones ópticas son susceptibles de presentarse de diversas maneras, al igual de las alucinaciones análogas; pueden también ser agradables, terroríficas ó indiferentes.

Se las observa muy particularmente en los estados de excitación. Según las formas frenopáticas de que se trate pueden las

ilusiones ópticas presentar caracteres especiales en consonancia con el delirio. En las histéricas y en los alcohólicos se conserva á veces el recuerdo de ellas como de hechos reales, y pueden, por tanto, servir de base á historias perjudiciales ó calumniosas para los que son objeto de ellas; hecho algo frecuente sobre todo en las primeras.

Por las *ilusiones del oído,* un poco menos comunes que las anteriores, el menor ruido parece ser una conversación, frases injuriosas, etc., siendo generalmente interpretadas según sea el delirio ó estado mental del paciente, esto es, alegres y bulliciosas en los maníacos y paralíticos generales; tristes y tenebrosas en los perseguidos y melancólicos; en estos últimos, y en especial en las formas ansiosas y en el estupor, suelen revestir una grande intensidad y un carácter sumamente penoso: en los perseguidos es uno de los primeros trastornos que pueden observarse. Cuando estas ilusiones se presentan aisladas, cabe sospechar tienen su origen en lesiones auriculares, por lo que en estos casos es conveniente el examen de los oídos.

Las *ilusiones del olfato y del gusto*, formadas por la transformación sensorial de olores y sabores, sea por efecto de la preocupación delirante ó por consecuencia de la alteración orgánica del sentido afecto, son más frecuentes que las respectivas alucinaciones, con las que, como sabemos ya, se confunden muy fácilmente; por ellas creen los enfermos aspirar perfumes deliciosos ó comer manjares agradables, cuando están aspirando quizás las emanaciones de un gas mefítico ó ingeriendo sus propios excrementos ó cualquiera otra substancia repugnante, como sucede en algunos dementes y en ciertos casos de locura histérica, ó bien, viceversa, ser desagradables las impresiones producidas por el mejor aroma ó por la vianda más exquisita, creyendo, á veces, que se les envenena. Esta clase de ilusiones son muy comunes, sobre todo en los casos de trastornos digestivos, como saburra gástrica y otros.

Las *ilusiones del tacto y de la sensibilidad general* son muy variadas en relación con las modalidades con que se nos presenta fisiológicamente tal función; ya por un efecto hiperestésico cualquier ligero dolor se les hace intolerable y creen son martirizados, perseguidos por descargas eléctricas, etc.; ya por una anestesia un objeto les parece más ligero de lo que es, cuando á otros les pesará como si fuera una gran masa de plomo. En otros casos se trata de perturbaciones de la sensibilidad térmica y se creen abrasados; en resumen, son infinitas las ilusiones de este orden que se observan en los sujetos afectos de locura, manifestándose principalmente estos trastornos en las vesanias de índole depresiva y revistiendo sus caracteres en consonancia con el delirio.

Las *ilusiones internas* son debidas casi siempre a lesiones ó trastornos orgánicos, como cánceres de las diversas vísceras, úlceras gástricas, adherencias intestinales y otras, y los enfermos interpretan falsamente las sensaciones percibidas, creyendo tienen animales en el interior de su cuerpo, que el diablo ó un mal espíritu se ha alojado en su abdomen, etc.

Algunas alteraciones de los genitales, sobre todo en mujeres alienadas, dan lugar á que éstas se crean violadas y ultrajadas, ó que son víctimas de diversos abusos.

Diagnóstico de las ilusiones.—Tratándose de un hecho subjetivo sólo podemos venir en conocimiento de su existencia por la afirmación ó dicho del sujeto, pero hay que advertir y tener presente que á veces los enfermos nos engañan, ya intencionadamente, ya inadvertidamente; sin embargo, aparte de pocos casos en que por las circunstancias del hecho sea difícil ó imposible el diagnóstico, éste podrá hacerse basándose en las descripciones que haga el paciente, analizadas con arreglo á los conocimientos previos que del modo de ser de dicho síntoma se poseen.

Así P. MAX-SIMÓN, refiriéndose á la ilusión gustativa, dice,

que « se está autorizado para afirmar que se trata de una ilusión cuando los enfermos declaren encontrar en manjares de sabor bien conocido, gustos, como ellos dicen, muy particulares, y que atribuyen á las causas más diversas. » « Lo mismo, añade, acerca de las ilusiones del olfato, cuando los alienados encuentran un perfume suave á los olores más repugnantes, no puede haber duda en la interpretación del desorden morboso. »

H. SCHÜLE señala los datos siguientes para el conocimiento de las ilusiones, datos que también pueden tener aplicación en el diagnóstico de las alucinaciones:

« 1.º Los enfermos no se cuidan de la sociedad, y ríen ó lloran á solas sin motivo, ó bien hablan en voz baja.

» 2.º Hacen ostentación de extrañas preguntas, ó consideraciones repentinas acerca de noticias que son producto de su imaginación enferma y que dicen haber recibido de sí mismos.

» 3.º Cuando en su humor ó en su comportamiento son con frecuencia volubles hasta el extremo, sin causa demostrable, sobre todo si toman por pretexto enemistades infundadas.

» 4.º Cuando son inflexibles y firmes en su terquedad, exponiéndose si es preciso á todos los inconvenientes que puedan sobrevenir (á esta clase pertenecen los que rehusan los alimentos por alucinaciones religiosas (1).

» 5.º Si se tapan los oídos con algodón ó cosas parecidas, ó se vendan de cuando en cuando los ojos, y en general procuran cerrar las puertas de sus sentidos. »

Las ilusiones sólo pueden ser confundidas con las alucinaciones y en tales términos que en algunos casos es imposible casi la distinción de un hecho determinado. Pero la mayoría de las veces el diagnóstico diferencial será factible, teniendo en cuenta

(1) A pesar de estudiar este autor, como síntomas distintos la ilusión y la alucinación, usa con frecuencia esta última palabra como sinónima de la primera, como se ve en el caso presente.

que en la alucinación todo es imaginario, mientras que, al revés, en la ilusión todo es real, siendo únicamente falsa la interpretación que da el enfermo á la sensación que percibe.

Desórdenes del orden pasional

Delirio de los sentimientos y de los afectos

En el período prodrómico de la locura, aparte de algunas molestias vagas de orden somático y de las que el paciente no sabe darse cuenta plena, se presenta de un modo general un trastorno marcado en la sensibilidad moral que casi siempre es constante, lo mismo al principio que durante todo el curso de la alienación mental, constituyendo en algunos casos, por sí solo, todo el síndrome de una locura, de la Locura moral, *Moral-Insanity*, de los autores ingleses, forma morbosa de cuya real existencia es muy difícil llevar el convencimiento al ánimo de los profanos en Frenopatía, á causa de la falta de toda concepción delirante del orden intelectual, por constituirla sólo lo que podríamos llamar un Delirio moral, trastorno que también encontramos en las mal denominadas locuras razonadoras.

Así como en el principio de la parálisis general estos trastornos suelen ser de carácter expansivo y bondadoso, fuera de dicho caso, por el contrario, la mayoría de las veces, y sobre todo en las vesanias ya citadas, los sentimientos que expresa el alienado tienen una tendencia hacia la perversidad.

Este delirio de los sentimientos y afectos es menos absurdo en sí que el de la esfera intelectual; pero esta condición sólo la tiene relativamente á la situación y circunstancias en que se halla el individuo. Encontramos á los enfermos indiferentes á cuanto les rodea, á las desgracias y disgustos de su familia y amigos; su característica es el egoísmo. Odian y sienten aversión hacia los seres que les habían de ser más queridos, sin motivo alguno

desconfían de ellos, mientras que por el primer advenedizo desconocido experimentan grande afecto y cariño y depositan en él toda su confianza; sin embargo, tales sentimientos benévolos son los menos frecuentes. En algunos casos estos sujetos tienen conciencia de su estado. A menudo sus actos les conducen á las prisiones, pues proporcionan un gran contingente á la criminalidad; son aquellos criminales inteligentes que tanto dan que hablar; aplicada en otro sentido su inteligencia, habrían podido ser útiles á sí mismos y á la sociedad.

Segun RÉGIS los principales sentimientos delirantes que se observan en la locura son los siguientes:

«1.° El *egoísmo*, que constituye á menudo el fondo del carácter en los alienados;

»2.° El *orgullo*, que se observa sobre todo en la locura ambiciosa;

»3.° La *maldad*, la *intriga*, el *disimulo*, la *mentira*, en la manía razonadora;

»4.° La *rebeldía*, el *odio*, la *venganza*, en el delirio de persecución;

«5.° La *generosidad*, la *filantropía*, la *prodigalidad*, en la parálisis general con delirio expansivo;

»6.° El *desaliento*, la *ineptitud*, en la hipocondría intelectual y moral;

»7.° La *humildad*, la *contricción*, el *miedo*, el *terror*, en la melancolía y sus diversas variedades;

»8.° La *ansiedad*, igualmente en la melancolía y en las neurastenias emotivas.»

Ultimamente han sido estudiadas una serie de obsesiones ó *fobias*, cuyos estados no constituyen entidades morbosas y forman lo que MOREL llamaba *delirio emotivo;* sin embargo, es á veces tal la importancia que tienen y la influencia que ejercen sobre el modo de ser del paciente, que dominan la escena y parece como si todo el cuadro sindrómico estuviese constituído

por ellas; de aquí que ahora no haremos más que enunciarlas para exponerlas más extensamente cuando tratemos del estudio nosográfico de los afectos mentales particularmente. Están todas caracterizadas por el modo de ser impulsivo, ansioso y de terror con que se presentan y persisten, ínterin no se cumplen y satisfacen ó evitan. Tales son: el delirio del tacto asociado frecuentemente á la locura de la duda y su forma especial la *misofobia* (lavado repetido de las manos, por la duda de haber tocado algo); la *agorafobia* y *claustrofobia* y la en cierto modo variante de esta última ó sea la *monofobia* (horror á encontrarse solo), y la *antropofobia* (ó temor á las multitudes); así como la *zoofobia* (miedo á los animales), y su inversa la *zoofilia,* á la que pueden referirse muchos antiviviseccionistas; la *kleptofobia* (ó sea el temor de tomar lo ajeno ó de sentirse impulsado al robo); la *pirofobia* (miedo exagerado á las armas de fuego, temor de producir incendios, aversión á las cerillas fosfóricas, etc,); la *ginofobia* (miedo á la mujer); la *astrofobia* (temor á las tempestades, á los rayos); la *patofobia* (miedo á las enfermedades); la *fobofobia* (miedo de tener miedo), y por último la *pantofobia* (ó temor á todo), pues podrían multiplicarse al infinito tales terrores que son comunes y frecuentísimos en los degenerados y que mencionaremos, como hemos dicho, más adelante.

Desórdenes del orden psico-motor

a. — *Delirio de los instintos*

Este orden de fenómenos puede sufrir una perturbación análoga á las que hemos estudiado en los sentimientos y afectos. Dos son los instintos que más comúnmente encontramos alterados en los desórdenes psíquicos: el *instinto de conservación del individuo* y el *instinto genital* ó *de conservación de la especie.*

Los trastornos del instinto de conservación del individuo se

observan de un modo pasajero en la manía, en la melancolía, delirio alcohólico, etc.; sin embargo, en algunos individuos son más persistentes, manifestándose por una tendencia á veces invencible al suicidio, en términos tales que á pesar de la mayor vigilancia suelen burlarla de un modo ú otro y realizar su deseo. En la locura mística, aunque suele presentarse también el suicidio, son más frecuentes las mutilaciones, como la castración, la ablación de los pechos, crucifixión, etc., ó mortificaciones como los cilicios. A esta misma categoría ó á perversión del instinto de la nutrición, como dice P. MAX-SIMÓN, pertenecen los caprichos de las embarazadas, los gustos depravados de las histéricas que las llevan á ingerir insectos, tierra, substancias agrias ó amargas y mil otros objetos, si bien en este último caso influyen el deseo de asombrar y llamar la atención, que distingue á dichas enfermas, además, de la perversión del gusto; también en la demencia y en la imbecilidad muy particularmente, hallamos iguales aberraciones gustativas.

Pero sobre todo es el delirio del instinto genital, el que vemos con más frecuencia y con más variedad en sus manifestaciones, existiendo algunas veces por sí solo y constituyendo la forma de locura estudiada y descrita minuciosamente por BALL con el nombre de *Locura erótica*. Estas depravaciones genésicas revisten la forma de sodomía, bestialidad, safismo, necrofilia ó violación de cadáveres, mutilaciones voluntarias, ninfomanía, onanismo (este último en especial en los idiotas é imbéciles), y otras muy diversas obsesiones eróticas, de las cuales una de las más notables por su importancia social y que, por tanto, merecealguna más detenida atención, es la inversión del sentido sexual (*Die conträre Sexualempfindúng*, de WESTPHAL). Obsérvase este trastorno así en el sexo masculino como en el femenino, siendo idénticos los caracteres que reviste en uno y otro: los pacientes suelen tener conciencia de su estado, cuyo origen puede ser congénito ó adquirido por diversas afecciones mentales; obsér-

vase de un modo particular en los paralíticos, dementes ó imbéciles; generalmente recae tal aberración en sujetos que tienen un estigma hereditario, esto es, son unos verdaderos degenerados.

La inversión del sentido sexual fué descrita por vez primera por un magistrado hannoveriano, KARL HEINRICH ULRICHS, que bajo el seudómino de NUMA NUMANTIUS refirió su propio estado: «Nuestro carácter, nuestros instintos no son masculinos, sino femeninos. Este elemento femenino no se traduce al exterior más que por nuestro *habitus*. Nuestro ser exterior no es masculino más que por los puntos siguientes: la educación, por aquello que nos rodea y en que hemos crecido, la posición social dada. Las maneras masculinas, las tenemos artificialmente. Representamos al hombre solamente, como las mujeres le representan en el teatro. El hombre mujer, siendo niño, muestra una tendencia que no se podría negar por el trato con las niñas, por sus juegos, y particularmente ofrece también su afición á la muñeca; desde la pubertad se despierta en nosotros el amor por el sexo masculino.» En suma, según WESTPHAL, se trata de que siendo una mujer físicamente mujer, psíquicamente es hombre, y viceversa, un hombre físicamente hombre, es mujer psíquicamente.

Hemos tenido ocasión de observar un caso especiai de este trastorno delirante: tratábase de una joven de instrucción poco común, sobre todo en lo que se refiere á las Bellas Artes, en la cual se encontraban, entre otros, los siguientes datos hereditarios: su padre falleció en un manicomio á consecuencia de un ataque apopletiforme en el curso de una parálisis general: su abuela paterna terminó sus días después de una larga demencia senil; una hermana de esta señora sufrió una enfermedad medular, ataxia locomotriz y un hermano del abuelo paterno de la citada joven, por efecto de un delirio de persecución, puso fin á sus imaginarias torturas suicidándose en una población de Bélgica. Por la rama materna, también se encuentran estigmas hereditarios si no tan precisos bien evidentes. Hacia los veinte años di-

cha muchacha contrajo una violenta pasión por otra muy bellísima joven, que como caso curioso de locura de dos, ó por sugestión, correspondió á dicho amor, fugándose de sus respectivas casas paternas para mejor entregarse á los lúbricos placeres de su delirio; despreciando la opinión del mundo y olvidándose de sus familias y sólo viviendo para ellas.

Nos hemos detenido algo en el estudio de este último trastorno mental por la importancia médico-legal que tiene, pues entre el vicio y la impulsión morbosa á ciertos actos contrarios á la naturaleza y á la moral frecuentemente es difícil pronunciarse.

b.—*Delirio de los actos*

Algunos de los trastornos de los sentimientos é instintos que hemos estudiado, tienen que manifestarse ó exteriorizarse por medio de actos que son morbosos á su vez y que demuestran cuán intensa sea la perturbación en aquéllos producida: de aquí el estudio en Frenopatía del delirio de los actos.

Al igual que al tratar de los anteriores síntomas, nos encontramos con actos delirantes que nada de absurdo tienen en sí propios y sólo lo son por no haber relación directa y lógica entre ellos y las condiciones en que los efectúa el enfermo; otros, por el contrario, lo son en todo tiempo y lugar. Todos ellos, en la mayor parte de los casos, suelen ir asociados á alguna concepción delirante ó son determinados por alguna alucinación que lleva á obrar al paciente de una manera patológica; sin embargo, ocasiones hay en que pueden presentarse aislados y sin relación precedente con otros trastornos psíquicos. Tan numerosas como son las acciones humanas, todas ellas, es posible que en determinadas circunstancias se conviertan en actos morbosos.

Los actos delirantes de los alienados pueden ser conscientes

o reflexivos, ó bien debidos á una tendencia irresistible, impulsiva, y á veces inconscientes: esta última categoría se conoce con el nombre de impulsos irresistibles, cuyo estudio es de gran importancia en patología mental.

Los actos delirantes se encuentran en muchas ó en la mayor parte de las afecciones mentales; ya son actos de grosería, mala educación, suciedad, impudor ó exhibiciones obscenas, tendencia á la ingestión de excrementos *(escatofagia)*, etc., (manía, demencia, parálisis general, etc.); ya son hechos de destrucción, furor ó violencia por el más fútil motivo, como se observa en los estados maníacos, en los epilépticos, en los coreicos. Otros roban, incendian y ejecutan distintos atentados contra la propiedad, como ocurre en los imbéciles, en algunos dementes, epilépticos y en ciertos degenerados. En la melancolía y en el delirio de persecución obsérvase la repugnancia á los alimentos *(sitofobia)*, el suicidio, etc.; SOLLIER ha dado el nombre de *sitieirgia* á cierta anorexia de las histéricas, que no comen nada más que por no comer ó llamar la atención hacia ellas. Sabido es que algunos perseguidos se vuelven perseguidores y asesinan ó maltratan á sus supuestos enemigos. En fin, son innumerables los actos delirantes que pueden citarse, y sólo señalaremos, para terminar, las acciones de ambición de los megalómanos, las llevadas á cabo por los que sufren delirio religioso y que tan peligrosas son en ocasiones, etc., etc.

Estos trastornos de los actos son la mayoría de las veces pasajeros, pero en algunos casos pueden ser muy durables, y se manifiestan de un modo sistemático y asociados al delirio de los instintos en especial, constituyendo entonces la ya citada *Moral Insanity*, así llamada por vez primera por PRITCHARD, y por TRÉLAT descrita con el nombre de *Locura lúcida* ó *Locura razonadora* de otros autores.

Impulsos irresistibles. — Consisten, según RÉGIS, «en una tendencia irresistible al cumplimiento de un acto.» Así como éste

en estado normal exige la intervención del *yo*, que es la potencia que establece el equilibrio entre la sensación que excita, el deseo de ejecutar aquél y la realización del mismo, cuando este poder refrenador no existe, cuando se debilita ó se rompe dicha harmonía ó equilibrio por una éxaltación de la tendencia al reflejo, es cuando se encuentran reunidas las circunstancias necesarias para la aparición del síntoma que estudiamos. De lo expuesto se deduce que los impulsos irresistibles se pueden agrupar en dos clases:

1.º Los que son debidos á una tendencia automática, consciente y producida por la debilidad del *yo;*

2.º Los ocasionados por la acción de los reflejos y de los que con frecuencia el enfermo no tiene conocimiento, esto es, son inconscientes. Al primer grupo corresponden los que se ejecutan en la manía aguda, en las locuras alucinatorias, etc.; al último, los de los dementes, paralíticos, imbéciles y otros.

Las impulsiones conscientes tienen todas como caracteres comunes los siguientes: 1.º la *obsesión*, por la idea de ejecutar un acto, cada vez más intenso; 2.º la *impulsión*, por la que la idea se transforma en impulso á obrar; 3.º la *irresistibilidad*, á consecuencia de la que, por más que el enfermo se resista y luche, se ve obligado á realizar la idea; 4.º la *angustia*, que resulta de dicha lucha ó resistencia; 5.º la *satisfacción* subsiguiente y alivio que siente el enfermo una vez ha sucumbido y ejecutado el acto impulsivo, y 6.º la *conciencia* que tiene el paciente de todo lo que le pasa desde que aparece la obsesión hasta la ejecución del hecho.

La impulsión al robo, *kleptomanía,* la hallamos de un modo inconsciente, en aquellos enfermos de inteligencia muy debilitada, como en algunos dementes, muchos imbéciles y otros. Algunos paralíticos, en especial en el principio de la dolencia, no sólo se apoderan de los objetos ajenos de un modo impulsivo y en condiciones absurdas, sino que también por creer, efecto de su delirio, ser los verdaderos dueños. En los hereditarios, en los dege-

nerados y hasta en algunas histéricas existe este síntoma, teniendo los enfermos pleno conocimiento de él, sin poder resistir á tal tendencia morbosa. Generalmente el robo es sin objetivo, de cualquier cosa, aunque sea inútil; algunas veces la dificultad de realizarlo les excita más y les hace emplear medios y recursos más ó menos ingeniosos que hacen sospechar la premeditación, pero en este caso la inutilidad del robo y de los objetos robados es patognomónica. La kleptomanía es más común en la mujer que en el hombre, presentándose por intermitencias y en ciertos períodos especialmente, como en el embarazo, durante las reglas, etc.

La impulsión al incendio, *piromanía*, se encuentra en algunos imbéciles, ya por espíritu de imitación, ya por venganza, ó sólo por el placer de ver quemar ó por otro cualquier motivo fútil, siendo más común en los que residen en las poblaciones rurales, como hace notar MARANDON DE MONTYEL, donde, según este frenópata, al ver repetirse varios incendios seguidos, en días festivos y por la noche especialmente, debe sospecharse la existencia de un pirómano; presentan también este impulso algunos alienados crónicos con delirio ambicioso ó religioso y de un modo consciente algunas mujeres en la época menstrual, etc.

La impulsión á la bebida, *dipsomanía,* se observa en los comienzos de la parálisis general, locura circular, etc. En algunos degenerados aparece de un modo periódico, constituyendo en este caso ella sola como una afección ó especie nosofrénica. No debe confundirse con el alcoholismo, pues la dipsomanía se presenta de una manera intermitente y por accesos paroxísticos. Parece ser algo más frecuente en la mujer que en el hombre.

La impulsión al suicidio, fuera de aquellos casos en que se presenta debida á una impresión moral ó pasional intensa, en los alienados, según CULLERRE, puede tener por origen: «1.º un accidente, por ejemplo, en el maníaco que, presa de alucinaciones terroríficas, se precipita por una ventana, se echa á un río, etc. El objeto que se propone es el de huir, de evitar un peligro; no

el de destruirse á sí mismo; 2.º un acto lógico, deliberado y combinado con arreglo á sus ideas delirantes; así el melancólico con delirio místico que se sacrifica á título de víctima expiatoria con el fin de ser agradable á Dios; 3.º un acto morboso conforme á las tendencias delirantes del sujeto, pero con impulsión súbita é inconsciente, como en ciertos melancólicos que, en un acceso panofóbico, se suicidan por miedo al último suplicio del que ellos se creen amenazados; 4.º un impulso irresistible puro, constituyendo él solo todo el síndrome psicopático, del que el enfermo tiene plena conciencia, contra el cual lucha, pero al cual acaba lo más frecuentemente por sucumbir (locura hereditaria).»

La impulsión al suicidio es frecuentemente hereditaria, apareciendo á la misma edad (herencia homócrona), por lo que en las familias que haya algún antecedente de este género no son nunca excesivas las precauciones que se tomen: además de la homocronía, se ve en estos casos que el suicidio se ejecuta por los mismos medios, siendo el colgamiento y luego la submersión los procedimientos más empleados. Es muy común en estas circunstancias, que haya habido algún alienado en la familia.

Es una causa frecuente de muerte en los casos de alienación mental; como el impulso al suicidio con frecuencia se disimula, hay que investigarlo deliberadamente, no sólo para su diagnóstico, sino para tomar las medidas necesarias, ya que las formas de alienación mental en que se observa suelen ser formas curables (SOLLIER); cuando el impulso al suicidio se presenta aislado su gravedad pronóstica es mayor y rarísimas veces deja de llegar á realizarse, por lo que no sólo en éste, sino en todos los casos, la vigilancia debe ser mucha. El impulso suele ser intermitente, así como puede transformarse en otras impulsiones conscientes, menos graves por no haber peligro para la vida. En los niños se presenta ya á consecuencia de una contrariedad, ya por temor al castigo; en esta edad tales ideas son de mal augurio para la vida mental futura.

Las enfermedades en que más á menudo se presenta la impulsión al suicidio son por orden de frecuencia aproximado las siguientes, según algunos frenópatas:

Melancolía, alcoholismo y dipsomanía, impulsiones constantes, epilepsia, hipocondría, delirio místico, locura puerperal, delirio agudo y sifilítico, demencia senil, perseguidos seniles, parálisis general, delirio de persecución, morfinomanía, histeria.

La impulsión al homicidio es debida, en general, según el mismo CULLERRE, á motivos algo semejantes á los del suicidio, como son: «1.° Los alienados matan por venganza, por resentimiento. Estos son los perseguidos, los alucinados, que creen haber descubierto el autor de sus males y se vengan; los alcohólicos, que se creen perseguidos y procuran desembarazarse de un enemigo dispuesto á cogerles; 2.° los hay que matan por obedecer á una concepción delirante, á una alucinación que les manda herir, como el melancólico de MOREL que oía: «si tú matas á cualquiera te habrás salvado;» 3.° otros combinan y ejecutan una muerte, los perseguidos, por ejemplo, con el objeto de mover ruido, de llamar la atención sobre ellos, y aprovecharse para hacer oir *urbi et orbi* sus quejas y sus recriminaciones; otros, para tener tiempo de reconciliarse con Dios antes de comparecer delante su justicia; 4.° los epilépticos matan, ó mejor se ensañan cruelmente, por impulsión ciega, instantánea, de la cual lo más comúnmente no conservan ningún recuerdo; 5.° en fin, como para el suicidio, existe una forma de locura hereditaria en la que la impulsión á la muerte nace espontáneamente en el espíritu, se instala en el estado de obsesión consciente y triunfa alguna vez de la resistencia del individuo.»

Esta impulsión es menos frecuente que la del suicidio, pero existe mayor número de veces de lo que se supone; la obsesión no es tan intensa como en aquél y deja de realizarse en muchas ocasiones, «probablemente en razón del fuerte contrapeso que las tendencias y hábitos morales del sujeto le oponen (CULLERRE).»

El espíritu de imitación es muchas veces el origen de la impulsión al homicidio; pero otras veces no tiene causa conocida ó ésta es muy fútil: disimulan los enfermos más esta impulsión que la del suicidio, temerosos del concepto en que se les tendrá y de la desconfianza que inspirarán. La víctima con frecuencia es el otro cónyuge, un hijo, una persona querida; en algunas ocasiones sobreviene la impresión brusca, paroxísticamente y entonces es cualquiera el interfecto. Satisfecho el impulso siente el enfermo una sensación de bienestar, y á menudo, realizado el acto, va á entregarse á la autoridad espontáneamente.

La *locura de la duda*, en la que el sujeto se encuentra en continua duda é indecisión, en constantes interrogatorios sin hallar la respuesta, sin convencerse ni aún por la evidencia; la *onomatomanía* (1) en sus diversas formas (investigación de una palabra ó nombre que se escapa; impulso á pronunciar una frase ó palabra extraña; significación funesta de un nombre ó de una frase ó viceversa influencia preservadora del mismo; impresión de una palabra como cuerpo sólido que pesa sobre el estómago ú otro sitio y tentativas de expulsarlo por expuición, etc.); la *coprolalia* (2) ó necesidad de pronunciar una frase obscena, indecorosa ó blasfema; la *aritmomanía* ú obsesión del número; si bien todas ellas forman parte del delirio intelectual, aunque consciente, por la ansiedad y por el desfallecimiento que ocasionan cuando no se satisface el impulso, entran, sin embargo, también en el dominio de los trastornos de este grupo.

Asimismo se observan algunas impulsiones genésicas, las que con frecuencia están muy unidas al delirio de los instintos. Una

(1) *L'Onomatomanie*, CHARCOT Y MAGNAN (*Archives de Neurologie*, tomo X, 1885 y de años posteriores).

(2) *Etude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice acompagnée d'echolalie et de coprolalie* (JUMPING, LATAH, MYRIACHIT), par GILLES DE LA TOURETTE; *Archives de Neurologie*, tomo IX, 1885, págs. 18 158.—*Mimicismo ó neurosis imitante* (MYRIACHIT, JUMPING, LATAH); Estudio crítico por el DR. D. JOSÉ ARMANGUÉ con un prólogo del DR. D. JUAN GINÉ.

de las más claras y evidentes es la de los *exhibicionistas,* dada á conocer y estudiada por LASEGUE. Consiste en la exposición en público de los órganos genitales; la manera como el acto se realiza puede encaminar al diagnóstico, que importa mucho poner en claro y evidenciar, porque á menudo estos individuos son castigados por atentados á la moral pública. Obsérvase esta impulsión en los epilépticos, generalmente en los que sufren epilepsia larvada, ausencias ó vértigos comiciales y rara vez en los atacados de accesos clásicos de gran mal, lo que conviene mucho tener presente. También se encuentra este síntoma en los paralíticos generales, en las demencias seniles, en los alcohólicos en período de embriaguez ó de delirio, en los degenerados con impulsiones y en los imbéciles é idiotas.

Al lado de los hechos que acabamos de estudiar (actos delirantes é impulsos irresistibles), que pueden, en parte, ser considerados como aberraciones de la voluntad, hay un fenómeno que casi es lo inverso de aquéllos, nos referimos á la *abulia* ó *parálisis de la voluntad.* En los sujetos en quienes observamos este trastorno, el menor esfuerzo voluntario para ejecutar cualquier acto vulgar de la vida es casi imposible. Así el notario, objeto de la observación de BILLOD, se quejaba de no poder querer; vestido para dirigirse á una fiesta pública, á pesar de su deseo, en el momento de ir á salir no podía hacerlo, definiendo su estado diciendo: «que era prisionero de sí mismo.» ESQUIROL había observado que ciertos lipemaníacos eran impotentes para efectuar lo que decidían. Esta abulia se encuentra con más frecuencia en las histéricas, en los alcohólicos y en los onanistas.

Terminada ya la descripción de los elementos sintomáticos de la locura correspondientes al orden psíquico, sólo nos resta ocuparnos de dos fenómenos que suelen presentarse á causa de la influencia que en el modo de ser del alienado ejercen los trastornos que hasta aquí nos han ocupado: nos referimos á la

sistematización del delirio y al *desdoblamiento de la personalidad.*

Todas las ideas falsas, todas las concepciones delirantes, todas las sensaciones morbosas que constituyen en su conjunto el delirio de los alienados, en muy pocos casos alcanzan desde el principio todo su desenvolvimiento, sino que, por el contrario, comenzando de un modo vago llegan por etapas sucesivas á su completo apogeo. Los alienados, unos son lógicos, otros incoherentes. Los primeros por medio de un trabajo de deducción psicológica van poco á poco construyendo el edificio de su desorden mental; ellos mismos se hacen las objeciones y procuran preveerlas y destruirlas y así, después de un largo trabajo, hallan lo que J. FALRET llama la fórmula de su delirio, llegando éste á la fase de sistematización, en la cual el enfermo, alimentando por sí mismo los errores de su inteligencia, es refractario á toda noción exterior y rechaza y no admite las ideas é impresiones que se le quieren comunicar. En cambio, en los incoherentes todo son contradicciones; lo que opinan ahora, lo desechan más tarde, no llegando jamás á sistematizarse su delirio.

Desdoblamiento de la personalidad.—En algunos locos y en especial en los alucinados, por efecto de la impresión que las sensaciones morbosas producen en ellos, llega á determinarse una perturbación en el sentimiento de su identidad, que como dice BALL, «lleva algunas veces al enfermo á dudar de su propia existencia y le conduce á menudo á reconocer dos personas diferentes en él, dos inteligencias, dos voluntades absolutamente distintas y algunas veces diametralmente opuestas.»

3.° DESÓRDENES DE LA ESFERA FÍSICA

Alteraciones de las diversas funciones físicas

HÁBITO EXTERIOR

Aparte de los síntomas de la esfera psíquica, la alienación mental se presenta acompañada de otros muy diversos, correspondientes á las distintas funciones somáticas del organismo. Los primeros que se ofrecen á nuestra observación é investigación, son los que pertenecen al hábito exterior del cuerpo, algunos muy notables y característicos en ciertos alienados, como son la actitud, la fisonomía, etc.

Actitud y fisonomía. — Por la sola manera con que se nos presentan los alienados, se puede venir en conocimiento de si la forma de locura ó alienación mental que sufren es de carácter exaltante ó deprimente, y no sólo esto sí que también otros importantes datos para el diagnóstico. Así los maníacos ó los enajenados en estado de excitación «tienen un andar resuelto, provocativo ú orgulloso; sus ojos están brillantes, sus facciones expresan la satisfacción, el orgullo ó la cólera; hablan ruidosamente y con volubilidad. Sus movimientos son bruscos, violentos, desordenados; no pueden estarse quietos, van y vienen con animación, se entregan á actos descompuestos ó fuera de lugar y dan libre curso á las pasiones que les agitan y á sus concepciones delirantes. Su aspecto corresponde á su actitud: sus vestidos están en desorden, manchados, rotos, desabrochados, á menudo adornados de oropeles, de flores, de abalorios, de fragmentos de metal brillante; sus manos están sucias; sus cabellos enmarañados; su boca y su nariz sucias por mucosidades secas.

»En la alienación mental de forma depresiva, los enfermos están ordinariamente taciturnos, concentrados, pasivos; perma–

necen silenciosos y sentados ó acurrucados en algún rincón, la cabeza baja, las facciones dolorosamente contraídas. Apenas se les puede arrancar algunas breves palabras; á veces hasta se encierran en un mutismo obstinado. Cuanto más acentuada es la depresión, más indiferentes se muestran al mundo exterior.»

De tal manera imprime su sello en la fisonomía del enfermo la locura, que MOREL dijo haber una *máscara de la alienación mental;* y tan cierto es el hecho que hasta puede admitirse una facies especial para algunos afectos mentales, como ocurre en la parálisis general, en la locura epiléptica, etc. En general, en los alienados crónicos y sobre todo en los sujetos á frecuentes alucinaciones, su actitud, su fisonomía demuestra gran indiferencia para lo que les rodea, aun para sus compañeros: no en balde se ha dicho: *cada loco con su tema.*

Piel.—Efecto de los trastornos profundos que sufre la nutrición y las secreciones, y que estudiaremos más adelante, la piel presenta en los alienados modificaciones profundas y que saltan á la vista á la más ligera inspección. Estos desórdenes son más frecuentes y marcados en todas las formas depresivas de la locura y de un modo muy especial en las crónicas.

Ya ESQUIROL había hecho notar las modificaciones que se observan en la piel en los enajenados, las que en la mayor parte de los casos son originadas por la atrofia que la misma sufre, por lo que se adelgaza, y la epidermis se seca y agrieta. En los melancólicos adquiere el tegumento una coloración morena ó negruzca, melanodermia que BALL atribuye á depositarse el carbono, que dejan de quemar dichos enfermos, efecto de la lentitud con que se ejecutan todas sus funciones, por lo que, añade, es frecuente blanquee su cutis á medida que marchan hacia la curación. En los maníacos toma un tinte térreo que pasa á moreno-negruzco si se exponen á la intemperie y á la acción de los rayos del sol. En los casos de estupor, la piel, y sobre todo las extremidades, están lívidas, frías y edematosas,

siendo de notar que este edema pastoso se marca especialmente en la cara y de un modo particular en la frente, y que al cabo de largo tiempo deja una impresión de dureza, como se observa en muchos imbéciles (SCHÜLE).

En otras ocasiones se presentan en los alienados diversas dermatosis; de ellas nos ocuparemos al tratar de los desórdenes tróficos.

También se ven alteraciones en los anexos cutáneos: uñas y pelos. Las uñas se vuelven frágiles, rómpense fácilmente ó se resquebrajan. Los pelos igualmente se atrofian, están secos y quebradizos, cayendo y disminuyendo su número; pero lo más notable son sus cambios de coloración; así dice BALL: «nada es más frecuente que ver blanquear los cabellos á consecuencia de un acceso de alienación mental.» Según algunos frenópatas cuando las afecciones de la mente tienden á agravarse se observa una transpiración grasosa, lanugo de la piel y un olor especial de la misma.

Deformaciones.—Éstas, que en casi su totalidad constituyen lo que se conoce hoy día con el nombre de *estigmas somáticos de la degeneración*, las estudiaremos detalladamente cuando nos ocupemos de las *lesiones de organización*, donde está su verdadero lugar.

SISTEMA NERVIOSO

Los síntomas correspondientes á las funciones nerviosas, cuya importancia es capitalísima, más notables en la alienación mental, son los que corresponden al *sueño*, á la *sensibilidad* y á la *motilidad*.

Sueño.— Las perturbaciones del sueño constituyen uno de los más importantes síntomas de la locura, siendo el insomnio de los primeros que aparecen y de los más constantes, sobre todo en las formas agudas de la alienación mental y de un modo

muy marcado en el primer período de la melancolía; otras veces el sueño está entrecortado por ensueños espantosos, pesadillas y visiones terroríficas. MOREL, dice: «Muchos enfermos antes de volverse completamente locos, tienen sueños horrorosos y como conciencia de que van á perder la razón. Se despiertan sobresaltados, pasan la mayor parte de la noche paseándose, quéjanse de sufrir cefalalgias intolerables, algunos temen dormirse, de tal manera sus ensueños están llenos de apariciones terribles.»

La vuelta al sueño al fin de una manía ó melancolía es de buen augurio y uno de los más positivos indicios de curación próxima, exceptuando los casos en que, á la par de mejorar la nutrición general, no coincide con un alivio paralelo del estado mental. En los dementes y en las locuras crónicas es raro el insomnio, á no haber alucinaciones ó ilusiones cenestésicas.

Es notable la resistencia que los alienados oponen al insomnio en ciertas ocasiones, pasando en dicho estado semanas enteras, sin conciliar el sueño á pesar de los medios empleados. Este es un signo de pronóstico grave, pues tal falta absoluta de descanso, que puede depender de una pérdida del sentido de la fatiga, es indicio de una profunda alteración del sistema nervioso.

Los ensueños de los alienados están en relación con su delirio: así las pesadillas de los alcohólicos, ó son ensueños profesionales, ó bien el enfermo se ve arrojado por un precipicio, rodeado de llamas, que le abrasan; ó presa de animales, á veces fantásticos, que le devoran. Por otra parte, también tienen relación estrecha con la locura, pues á veces el delirio de ésta sucede directamente al delirio de los sueños, siendo por tanto su continuación psicológica y cronológica (LASEGUE, CHASLIN, CULLÉRRE).

Hay ocasiones en que el ensueño es un signo precursor que advierte la inminencia de una neurosis ó alienación mental.

Aunque duerman los alienados, sin embargo, pueden estar en un estado de desvarío casi continuo, que hace que al despertarse presenten un cierto grado de enervamiento y de fatiga, cosa que se observa en especial en los melancólicos, en los que contribuye á aumentar el delirio. En cambio algunos maníacos y paralíticos, efecto de las alucinaciones incesantes que les aquejan, no pueden conciliar el sueño, lo que da lugar á una agitación ruidosa y á una exacerbación de su delirio.

Sensibilidad.—Los trastornos de la sensibilidad en la alienación mental pueden dividirse en los dos grupos siguientes: los que corresponden á las *sensaciones externas* y los de las *sensaciones internas;* pero, sea la que fuere la perturbación que se presente, siempre se tratará, ya de una *anestesia*, ya de una *hiperestesia*, ya de una *disestesia* ó *perversión* ó *aberración de la sensibilidad.*

Sensaciones externas. — Siendo la anestesia y la hiperestesia fenómenos puramente subjetivos, para apreciarlos es necesario el concurso de los enfermos, y, por lo tanto, hemos de atenernos á lo que nos manifiesten ó á lo que indique su facultad de reacción, debiendo además tenerse en cuenta que unos atenúan sus impresiones y que otros las exageran, así como también que en un mismo individuo unas veces su sensibilidad está exaltada y otras disminuída. Por otra parte, hay que tener presente que la hiperemia y la anemia, así locales como generales, contribuyen á que se modifique y por tanto á que se presenten estados diferentes de la sensibilidad. Pero á pesar de estas dificultades poseemos un conjunto de hechos y de datos ciertos y positivos.

La anestesia es mucho más frecuente é importante en los casos de psicosis que la hiperestesia, la cual se encuentra menor número de veces.

La *sensibilidad cutánea* sabemos que es compleja y que por ella adquirimos diversos datos y conocimientos; es de notar que

esa sensibilidad cutánea puede alterarse por lo que á algunos conceptos se refiere sin que los otros sufran perturbación alguna; tal sucede en los casos de locura en los cuales la sensibilidad táctil por lo general no sufre cambio alguno, mientras que es uno de los fenómenos más notables y frecuentes la anestesia local ó general á la temperatura y al dolor *(analgesia)* muy especialmente, así como también á la electricidad, presión, agentes físicos, etc.

Esta anestesia, como hemos dicho antes, puede ser parcial ó general, ligera ó muy marcada, hasta llegar á la insensibilidad completa de toda la superficie cutánea. En algunos casos es difícil apreciar bien el grado de anestesia por confundirse con el retardo en la percepción, que es un hecho que no deja de ser frecuente. Hemos de hacer notar la influencia que puede ejercer en los fenómenos intelectuales la pérdida completa de la sensibilidad cutánea, en términos tales, que el enfermo llega hasta perder la noción del yo, el sentido de la identidad de su ser; así los hay que creen estar muertos, otros que su persona es de manteca, cera, ó tienen el temor de romperse por creerse formados de cristal ó de otra materia igualmente frágil; también pueden creerse transfigurados en un animal cualquiera, perro, lobo (licantropía), hecho este último muy frecuente en la Edad Media. Tal anestesia completa puede también darnos la explicación de la impasibilidad de algunos alienados para el dolor en las operaciones quirúrgicas, en las mutilaciones y torturas que ellos se infieren en determinadas ocasiones, la tendencia al suicidio, en suma, el estoicismo que á veces demuestran por los mayores suplicios. En algunos melancólicos existe el dolor, que no manifiestan, efecto de la ausencia de reacción por la pasividad del individuo.

Algunas alienadas llegan al acto del parto cuyo trabajo efectúan sin dolor y hasta sin apercibirse de ello.

También es notable la pérdida de la sensación de calor, que

da lugar á que en algunos casos se produzcan quemaduras. Pero lo que llama en alto grado la atención es la facilidad con que la mayoría de los locos soportan el frío excesivo y en particular los maníacos; esto explica la resistencia que ofrecen á contraer las enfermedades *à frigore,* así como la frecuencia con que tienden á desnudarse. La susceptibilidad al frío que desaparece al presentarse la locura, reaparece de nuevo al curarse ésta. Donde con más frecuencia se observa esta anestesia es en la histeria, en la melancolía especialmente con estupor, en la parálisis general, en las locuras tóxicas y alguna vez en la hipocondría.

En algunos alienados tampoco se encuentra la sensación molesta ocasionada por el cosquilleo.

Los trastornos de carácter anestésico de los sentidos especiales también son frecuentes. Así el *gusto* puede estar disminuído, *hipogusia,* ó abolido, *agusia.* Con respecto al *olfato,* además de la disminución y abolición de dicho sentido ó sea la *hiposmia* y *anosmia* respectivamente, se observa, según VOISIN, en el principio de algunos casos de parálisis general la pérdida de la *sensibilidad olfativa* en una sola fosa nasal ó sea la *hemianosmia.* En ciertos enfermos de melancolía depresiva y estúpida se encuentra una disminución de la agudeza de la *audición* ó sea una *hiperacusia.* Pero de todos los sentidos especiales, el que presenta más frecuentemente y más variados trastornos, así en exageración como en disminución de su sensibilidad característica, es el de la *visión;* en algunas formas secundarias de locura, en la parálisis general, demencia tabética, locuras tóxicas, histeria, epilepsia y en la neurastenia suele observarse la *hipoestesia óptica* (ambliopía, hemiopia, diplopia); en la misma parálisis general, la *anestesia óptica* (ceguera, amaurosis). En algunos alienados encontramos la anestesia de la conjuntiva y de la córnea.

Sobre la *sensibilidad eléctrica* en los alienados los datos que se poseen son poco precisos, á pesar de los notables trabajos experimentales de TIGGES y de otros. Sus alteraciones acostum-

bran á ser correlativas con las de la sensibilidad táctil, aumentando con ésta y disminuyendo á su vez; sin embargo, puede haber hiperalgesia y analgesia eléctricas sin trastornos de la sensibilidad de la piel. Según SEGLÁS, en la melancolía, sobre todo con estupor, la resistencia eléctrica, como síntoma especial, puede hallarse aumentada hasta la cifra considerable de 70,000 ohmios. La *sensibilidad magnética* ó al imán, así como la *metaloscópica,* parece que en los alienados se encuentran comúnmente aumentadas y en particular en las psicosis depresivas.

Los datos acerca de la acción que ejercen los cambios meteóricos y atmosféricos, ó sea la *sensibilidad meteórica*, son bastante contradictorios aunque está comprobada la certeza de la influencia de aquéllos (1), á la que sobre todo en otras épocas se había concedido una importancia tan exagerada, y en especial á la acción de la luna, que hasta se llegó á dar el nombre de *lunáticos* á los alienados; RÉGIS la admite como evidente en lo que concierne al retorno de los accesos en las locuras periódicas y en la epilepsia.

Aunque el sentido muscular y los reflejos no formen parte de las sensaciones externas, los podemos aproximar á éstas y cuando menos considerarlos como transición á la sensibilidad orgánica ó interna.

La anestesia del *sentido muscular* da lugar á la inmovilidad cataleptiforme, á la pereza en los movimientos, etc., ó á que, conservando toda la energía de sus músculos, crea el enfermo haberla

(1) Acerca de este asunto puede consultarse con fruto, la memoria del distinguido frenópata DR. D. ARTURO GALCERÁN: «*¿Cuáles son las condiciones meteóricas que ejercen mayor influjo en las formas exaltantes y deprimentes de la locura?*» en la que sienta la siguiente ley: «Las temperaturas extremas, las altas presiones barométricas, la mucha saturación y la presencia de los vientos del primer cuadrante son las cuatro condiciones meteóricas que ejercen mayor influjo sobre las vesanias.» —Primer Certamen Frenopático, Septiembre de 1883; Actas del mismo, págs. 237 y siguientes. Tipografía de la «Academia», Barcelona, 1884.

perdido, lo que se observa en las locuras por depresión ó melancolías. Por el contrario, su hiperestesia ó exaltación es motivo de que ciertos pacientes ofrezcan gran resistencia á la fatiga, en particular los maníacos, á pesar del incesante movimiento en que están y del abuso exagerado que hacen de sus fuerzas, ó bien con escasa energía muscular alardean de un gran desarrollo de la misma.

Obsérvase también la parestesia ó perversión del sentido muscular, « que indica un desorden más ó menos profundo del sentimiento de la personalidad. Los enfermos creen tener los miembros ó el cuerpo extraordinariamente agrandados ó disminuídos, se creen transformados en cristal, en madera, en metal, y no se atreven á hacer un movimiento (estados alucinatorios agudos, catatonia, estupor hebefrénico, etc.). »

El *sentido del equilibrio* si bien puede relacionarse con el sentido muscular, sin embargo, es de origen más complejo. En la alienación mental se encuentra alterado de diversas maneras ya estas perturbaciones dependen de las lesiones orgánicas de los centros nerviosos, tan frecuentes en la locura (periencefalitis, sífilis y tumores cerebrales, trastornos psíquicos por traumatismos en la cabeza, etc.), ya constituyen verdaderos síntomas de origen frenopático caracterizados por pérdida ó anestesia del sentido del equilibrio (melancolía, hebefrenia, demencia orgánica, etc.). También se ha señalado una parestesia ó perversión del sentido de orientación ó de equilibrio (parálisis general, delirio religioso, locura alucinatoria, etc.).

Los *reflejos*, si se exceptúa la parálisis general, no han sido debidamente estudiados en ninguna otra afección frenopática. Los más importantes son los rotulianos, pues nos dan á conocer las complicaciones medulares, y los de la pupila por indicarnos la existencia de trastornos en los centros nerviosos. Los datos que se tienen, como á continuación veremos, son sumamente contradictorios. Así para BIANCHI al principio hay exaltación

seguida luego de disminución progresiva; MICKLE cree que en la parálisis general sifilítica existe aumento, y que, viceversa, están disminuídos en la parálisis general alcohólica; BETTENCOURT-RODRIGUES opina que en el principio de la periencefalitis hay disminución ó abolición de los reflejos cutáneos y exageración de los tendinosos. En la misma dolencia se observan los signos de ARGYLL ROBERTSON y de PITRES, ó sean, respectivamente, sensibilidad de la pupila para la acomodación y no á la luz, y disminución ó ausencia del reflejo cremasteriano ó testicular.

Tratándose de las alienaciones mentales puras parece desprenderse de algunos trabajos practicados, que en las locuras crónicas todos los reflejos permanecen intactos, mientras están aumentados ó disminuídos respectivamente, según haya un estado de excitación ó de depresión. Igualmente algunos casos de estupor melancólico ofrecen reflejos paradójicos.

La hiperestesia es menos frecuente é importante en los afectos frenopáticos que la anestesia, como dijimos ya, y puede tener tres orígenes: 1.º ser debida á una excitabilidad morbosa de los órganos sensoriales ó sea de las extremidades nerviosas que están en relación con el mundo exterior; 2.º producida por modificaciones patológicas de los cordones transmisores de la sensación ó sean los nervios; y 3.º á consecuencia de una impresionabilidad exagerada de los órganos de recepción y de coordinación de las sensaciones. En los tres casos encontramos como rasgo común la desproporción entre la excitación y el efecto por ésta producido.

La hiperestesia igualmente puede ser permanente ó transitoria, así como también alternar con la anestesia. Sabido es que á veces se encuentra un modo de ser especial de la sensibilidad, debido en muchos casos á una ligerísima perturbación patológica, en el que aquélla se vuelve más exquisita, apreciando impresiones que en estado normal pasan desapercibidas; tal hecho ó

hiperpercepción se observa con más frecuencia en las histéricas y en general en muchos estados neurósicos.

La hiperestesia cutánea puede ser parcial ó local y general; es más frecuente encontrarla en la manía y en los delirios tóxicos, en los cuales suele estar limitada á determinadas partes del cuerpo, como también en las locuras parciales. Esta exaltación de la sensibilidad cutánea puede encontrarse en todas las formas ó modalidades que ofrece; así algunos enfermos al más ligero contacto se quejan de un dolor intolerable, ó bien de un calor excesivo, de descargas eléctricas, etc. Muchos sienten un horror por el agua, cuya sensación no pueden soportar; pero más frecuentemente la hiperestesia de la piel no les permite resistir el menor contacto, y de aquí el temor que algunos manifiestan cuando se les quiere tocar, la resistencia á ir vestidos, por lo que rompen éstos y se desnudan á veces de un modo completo.

Las hiperestesias cutáneas limitadas se localizan en un punto de la superficie de la piel y las sufren principalmente los melancólicos, hipocondríacos é histéricas.

Los sentidos especiales también son asiento de trastornos hiperestésicos en algunas ocasiones. La hiperestesia del gusto ó *hipergusia*, se encuentra con más frecuencia en los hipocondríacos, llegando en algunos casos á ser tal la perceptibilidad que resulta difícil enmascararles el sabor de ciertos medicamentos á los mencionados enfermos.

La *hiperosmia* no es rara en las histéricas, que alcanzan á percibir olores de substancias, cuya presencia nadie en estado sano podría sospechar.

En los hipocondríacos, en los neurópatas en general, en la manía aguda es donde más frecuentemente se puede observar la exaltación del sentido de la audición ó *hiperacusia*. A las dos primeras clases de enfermos y á las histéricas hay ocasiones en que el más ligero sonido les hace el efecto de un ruido intolerable.

La *hiperestesia óptica* (fotopsia, cromopsia) es también la excitación sensorial más frecuente en los alienados, especialmente en las encefalitis y en los estados de excitación; en los maníacos es tal á veces la superexcitación morbosa que hay que apartarlos de la más ligera luz y colocarlos en una celda obscura. Se ha atribuído acción sedante á la obscuridad, así como cierta manera de obrar especial sobre el sistema nervioso en cada uno de los colores del espectro, fundándose en esto el método de tratamiento de POLLI, en el que generalmente se hace permanecer á los pacientes en habitaciones, en cuyas aberturas se ponen cristales de diferentes colores y en especial azules, que parece son los que ejercen mayor acción, si bien esto podría explicarse por el escaso número de rayos luminosos que caracterizan á tal región del espectro.

La hiperestesia del sentido genital lleva á muchos enfermos á entregarse á la práctica de excesos solitarios. La excitación vulvar da origen á las más extrañas ideas, por las que las mujeres se creen en estado de embarazo, ó bien objeto de violencias criminales ó de ultrajes imaginarios.

Las disestesias y parestesias de la sensibilidad cutánea se confunden fácilmente con las alucinaciones é ilusiones del mismo orden, por lo que hay que analizarlas debidamente cuando se sospeche su existencia.

Las parestesias de los órganos de los sentidos bajo el punto de vista psíquico son más serias y graves que las anestesias é hiperestesias (SCHÜLE).

La paragusia ó perversión del sentido del gusto será quizás la causa del horror á la carne de algunos vegetarianos; la coprofagia y la escatofagia, que se observan con bastante frecuencia en los dementes y paralíticos, pueden ser debidas también á tal desorden de la sensibilidad.

La paraosmia se encuentra en casi todas las formas de locura; la paracusia, en la hipocondría, neurastenia, etc.

La parestesia óptica (ceguera de los colores, daltonismo, nictalopia, hemeralopía) la vemos en la locura alcohólica, la sistematizada, epilepsia, etc.

Las perversiones del sentido genital son de las más frecuentes y se presentan sobre todo en la locura hereditaria.

SENSACIONES INTERNAS Ú ORGÁNICAS.—«La sensibilidad orgánica comprende todas las sensaciones internas que, partiendo de los nervios centrípetos de cada uno de nuestros órganos, transmiten al cerebro las impresiones producidas por su actividad funcional, su necesidad, y su condición de salud ó de enfermedad. De ello, como dice MORSELLI, el que resulte en gran parte el sentimiento colectivo ó sintético de la individualidad orgánica (cenestesia). En el estado normal, la sensibilidad orgánica se reduce á las sensaciones rudimentarias que nacen en la profundidad de la inconsciencia. Pero estas sensaciones pueden exaltarse, desaparecer ó pervertirse, y es principalmente en los alienados donde se encuentra este género de alteraciones.» (RÉGIS).

Ya los enfermos creen que sus órganos no funcionan, ó que les falta algo en su organismo: así piensan algunos que no tienen boca, ni estómago, ni ano, que el corazón ha desaparecido. En ciertos alienados el cateterismo esofágico no despierta reacción alguna, siendo tales trastornos y las concepciones delirantes consecutivas, frecuentes en la parálisis general, en la locura tabética, melancolía, sífilis cerebral, etc.

Al principio de la enfermedad, y ello es un hecho frecuente principalmente en muchos hipocondríacos y melancólicos, creen tener la cabeza vacía y sin cerebro.

Además en algunas ocasiones hay como una verdadera anestesia del sentimiento del hambre y de la sed, cuyas sensaciones desaparecen, como sucede en aquellos paralíticos y afectos de demencia orgánica, que, como hemos dicho ya, tienen el

convencimiento de no tener estómago, ni intestinos, y también en los melancólicos. Estas sensaciones de necesidad orgánica pueden también estar exaltadas, dando lugar todos estos variados trastornos á las anorexias, bulimias, polidipsias y adipsias tan comunes en la enajenación mental.

Las sensaciones de la actividad orgánica se encuentran á veces exaltadas, los enfermos experimentan una sensación de bienestar que puede seguir á un estado de sufrimiento anterior; se sienten más aptos, más dispuestos para todo, lo que se ve á menudo en las formas exaltadas de las psicosis, en el período de excitación de la locura de doble forma. En la misma fase de excitación ó expansiva de la parálisis general el paciente declara que nunca había estado tan bien, que su fuerza y su vigor son desusados; todo esto dura hasta que se inicia el período de desorganización y decadencia orgánicas característico de la periencefalitis.

Las perversiones ó parestesias de la sensibilidad orgánica son muy frecuentes y variadas; pueden tener su origen en todas las partes del cuerpo, y así por ejemplo, hay quién piensa que tiene la cabeza llena de agua, pero el punto predilecto de las mismas son las vísceras de la cavidad abdominal. Las sensaciones más extrañas aquejan á veces á los enfermos, lo que influye como se comprende en su delirio: creen tener animales en el estómago y vientre, demonios en el corazón, etc. Generalmente estos trastornos sensoriales hállanse ligados á alteraciones de los órganos de los sentidos.

Según BALL, los alienados están muy predispuestos á sufrir neuralgias, siendo de todas la más importante la cefalalgia; LASEGUE, por otra parte, observa que son menos comunes de lo que se cree, pero el antes mentado BALL insiste en que, sobre todo como síntoma premonitorio, no puede negarse la frecuencia de la cefalalgia, si bien es más rara una vez establecida la alienación mental. De las formas que puede revestir la citada neural-

gia, la subcutánea con hiperestesia se observa á menudo; cuando se presenta como un dolor profundo, lancinante, gravativo, perforante y penetrante, fijo y persistente en el mismo sitio, nos debe hacer sospechar la existencia de lesiones orgánicas de los órganos subyacentes de la bóveda craneana. Asimismo, también son muy frecuentes en los alienados las jaquecas producidas por desórdenes vasomotores. Después de las cefalalgias, las neuralgias más comunes en estos enfermos son las intercostales, las lumbares y las del trigémino.

Hay que observar que la importancia de las neuralgias en la alienación mental es debida á la influencia que ejercen en los trastornos psíquicos, á los que pueden servir como de base ó substrátum material. Esta clase de hechos, según SCHÜLE y BALL, deben agruparse bajo el nombre de *disfrenia neurálgica.*

En algunos casos se ha visto que las neuralgias periféricas van seguidas del afecto mental, que estalla á continuación de aquéllas como si fuera su consecuencia. También hay enfermos en que la neuralgia alterna con el trastorno psíquico, pues curada aquélla aparece éste y viceversa; y otros en los que el acceso doloroso va acompañado de desórdenes mentales, que cesan al desaparecer el trastorno de los nervios.

Motilidad.—El estudio de los desórdenes que pueden encontrarse en la motilidad es también importantísimo en patología mental, por la frecuencia con que se presentan y lo característicos que son en algunas afecciones, siendo de advertir, que todas las formas posibles de alteración son susceptibles de observarse. Para que se comprendan mejor hemos de estudiarlas en relación con varias circunstancias, y entre las más notables, con la modalidad anatómica de los músculos, las actitudes activas y pasivas del cuerpo, la contractilidad por los agentes mecánicos, la excitabilidad á la electricidad, medida dinamométrica y dinamográfica, lesiones funcionales propiamente dichas, etc.

Por su estado anatómico, los músculos pueden encontrarse

á menudo flácidos, relajados, llegando en algunos casos hasta la atrofia, debido todo ello á una de estas tres condiciones: ó á la inercia, á causa de un desorden de la nutrición general ó por lesión directa de los centros tróficos nerviosos.

Hay ciertas locuras en que la actitud espontánea que ofrecen los enfermos es característica; por ejemplo, ya se trata de un estado de abandono, de resolución muscular completo que parece como si el paciente se agobiase bajo sí mismo (parálisis general); otras veces, como una reconcentración, como si se buscase ocupar la menor cantidad de espacio posible, cosa que se ve en algunos melancólicos, alucinados y dementes; en otros distintos casos, se presenta una inmovilidad absoluta, una indiferencia é inercia á cuanto les rodea, ó bien una falta completa de reacción á toda clase de estimulantes (estupor).

Como variaciones notables en lo que se relaciona con las actitudes voluntarias, hallamos la pérdida del equilibrio en la estación vertical ó de pie estando con los ojos cerrados ó signo de ROMBERG (demencia tabética, demencia paralítica). Algunos neurasténicos con delirio pueden presentar la astasia ó la abasia.

La contractilidad muscular por reacción al influjo de los agentes mecánicos y térmicos por lo común permanece en estado normal; sin embargo, puede presentarse aumentada (manía, melancolía estúpida ó con estado cataleptiforme, etc.), ó bien disminuída (demencia, parálisis general, etc.). La debilidad ó paresia muscular sola ó acompañada de incoordinación es el origen de la pérdida de la habilidad manual y de alteraciones en la escritura, de trastornos en la deglución, etc., en especial en los paralíticos, que ofrecen un andar torpe y vacilante; sobre alguna de estas modificaciones patológicas insistiremos más adelante.

La excitabilidad electromuscular habitualmente la encontramos aumentada en la manía y en la melancolía con alucinaciones cenestésicas. En la parálisis general y en algunas formas convulsivas de la locura se observa la reacción de convulsividad

(BÉNÉDICKT). La reacción de agotamiento (BÉNÉDICKT) se la ve en gran número de paralíticos. Por último, esta misma excitabilidad electromuscular está disminuída y aun finalmente agotada en la demencia profunda y en la parálisis general acompañada de complicaciones medulares.

Pero la excitabilidad eléctrica de los músculos no sólo se encuentra alterada cuantitativamente, sino que también puede estarlo de un modo cualitativo, de una manera variada y aún no bien conocida. La reacción de degeneración se observa en la melancolía con estupor. En la parálisis general la excitabilidad galvánica comúnmente es menor ó está más disminuída que la farádica. También puede haber diferencia en el grado de excitabilidad de cada uno de los lados del cuerpo, como se ve en los melancólicos; en fin, puede suceder que al presentarse fenómenos convulsivos, haya una contracción trémula del músculo durante el paso de la corriente galvánica ó sea la hiperexcitabilidad interpolar.

La medida de la energía muscular por medio del dinamómetro da escasos resultados por la dificultad de que se presten los alienados á semejantes experimentos. Hemos procurado varias veces emprender este estudio, ya en la parálisis general, ya en otras series de enfermos con distintas psicosis y siempre hemos tenido que desistir en vista de los obstáculos insuperables que la falta de voluntad de los alienados nos oponía. La dinamografía puede ser más útil; la curva obtenida varía según las distintas enfermedades mentales en razón á las dos condiciones siguientes: al estado de los centros motores y al estado de los músculos.

Todas las alteraciones de la motilidad propiamente dicha, ó mejor, de la contractilidad muscular, se pueden encontrar en los alienados. La paresia y la parálisis, ya parcial, ya general (idiocia, parálisis general, etc.), algunas de las cuales, según GUISLAIN, tienen un significado especial, como la paresia de los músculos

de la nuca que da lugar á la caída de la cabeza sobre el pecho, común en muchos dementes. De los espasmos y calambres (histeria, hipocondría, epilepsia, melancolía, etc.), merecen particular mención, el que determina el rechinar de dientes tan frecuente y pertinaz en algunos paralíticos y el espasmo faríngeo del delirio hidrofóbico. Las contracturas pueden ser localizadas ó bien generalizarse á un miembro ó región del cuerpo; una de las más características y que más relación directa tiene con la locura es la contractura de los músculos de la cara, que da lugar á una fisonomía especial y como arrugada. Los trastornos de la lengua, que estudiaremos más adelante de un modo particular por lo que se refiere en especial al lenguaje, son debidos no sólo á contracturas sino también á la glosoplegia; también, y merced al mismo trastorno funcional de alguno de los músculos motores del ojo, se observa á veces el estrabismo, que no existía antes de la locura.

Los temblores de toda clase son debidos ó á lesiones de los centros nerviosos (demencia paralítica, epilepsia, alcoholismo, etc.), ó bien al estado psíquico (melancolía ansiosa, etc.). Este desorden muscular, cuando no lo origina el alcoholismo ó la parálisis general, tiene relativamente poca importancia en patología mental. El temblor es fibrilar y aumenta con la fatiga, en los paralíticos; en los dementes es continuo y en la demencia senil suele estar limitado sólo á la cabeza.

La incoordinación motriz, ó sea la ataxia, de un modo ya limitado, ya difuso, la encontramos en todas las formas de las tantas veces citada parálisis general, y en los trastornos psíquicos debidos á la intoxicación alcohólica.

En los enfermos de alienación mental pueden presentarse convulsiones generales ó parciales, con pérdida más ó menos completa de la conciencia (psicosis con lesiones orgánicas, principalmente: parálisis general, sífilis, alcoholismo, tumores cerebrales, uremia en la locura puerperal, etc.). Las convulsiones,

aparte de las histéricas y epilépticas, pueden ser epileptiformes, que son las más importantes y que en la parálisis general sirven como elemento pronóstico. Alguna vez se encuentra la convulsibilidad y la tetania.

Acompañadas frecuentemente de una anestesia cutánea y muscular marcadísimas, vemos en ciertos alienados la catalepsia propiamente dicha y estados pseudo-catalépticos (éxtasis en la melancolía, locura histérica, estupor, etc.).

Por distribución y transmisión anormales de la impulsión motriz (parakinesia) se producen al moverse contracturas paradójicas y rigideces en los músculos (melancolía con catatonia, estupidez, locura de la duda). Debido á fenómenos de inhibición en el orden motor se presentan también, á veces, parálisis psíquicas ó imaginarias (locura histérica, neurastenia abúlica y otras).

Por alteraciones motoras principalmente la palabra sufre varias perturbaciones, así como también hay alteración del tono y del timbre de la voz. Estos trastornos son más propios de ciertas locuras con agitación intensa, como son: la manía aguda, la melancolía ansiosa, la parálisis general. Dice MORSELLI que el cambio de la voz es un síntoma prodrómico de la periencefalitis crónica.

Aunque las alteraciones en la emisión, tono y dicción de la palabra son importantes y á veces características, tienen mejor su lugar de estudio al tratar de la sintomatología de cada una de las afecciones frenopáticas en particular, y por lo tanto aquí sólo expondremos ligerísimas consideraciones. Al principio en el paralítico el lenguaje es convulsivo, para hacerse más tarde francamente paralítico, siendo este temblor casi patognomónico. Obsérvanse en los alienados distintas dislalias ó desórdenes de la palabra propiamente dicha, como balbuceo y ceceo, titubeamiento, tartamudez y tartajeo emocional. También podemos encontrar la afasia, en cualquiera de sus modalidades como dis-

fasia, disartria, etc., pues en nada se diferencia de la que conocemos por patología nerviosa (1).

Las alteraciones de la escritura son también importantes. Así se puede distinguir la escritura del maníaco de la del melancólico; el primero escribe con rapidez, y, por el acúmulo de ideas y consecutiva fuga de la ideación por exceso de la misma, prescinde de palabras; el segundo lo efectúa con letra pequeña y repitiendo sus sempiternas quejas y lamentos: cuando hay delirio y alucinaciones la escritura refleja el desorden mental; en los paralíticos se nota supresión de sílabas, transposición de éstas y repeticiones; la alteración gráfica acusa temblor, las líneas son tortuosas, las letras lo mismo y en especial las mayúsculas, cuyos rasgos no son firmes sino entrecortados; además se encuentran errores groseros de ortografía, que se hacen más notables si recaen en personas instruídas; estos trastornos, sobre todo en la forma de la escritura, frecuentemente son precoces, y de ahí su grande importancia para el diagnóstico de la parálisis general en sus principios. Aparte de la forma, es interesante el estudio de los escritos de los alineados por la luz que da á veces sobre delirios ó ideas delirantes disimulados sagazmente; en la megalomanía, en la locura razonadora y los delirios de persecución á menudo se encuentra la grafomanía, por la que el enfermo casi siempre está escribiendo. También se puede hallar en la enajenación mental la agrafia y la disgrafia, desórdenes análogos á sus congéneres de la afasia.

(1) En muchos alienados se observa un mutismo más ó menos prolongado y pertinaz: si bien ello no corresponde propiamente á las alteraciones de la palabra, no está completamente fuera de lugar el señalar aquí los casos principales en que puede observarse dicho fenómeno: 1.° hay enfermos que no hablan porque se proponen hacerlo así, sin ofrecer trastorno alguno que se lo impida (delirio de persecución, debilidad mental); 2.° el mutismo se debe á no entender lo que se les dice (parálisis general, melancolía, demencia, etc.); 3.° á causa de desórdenes somáticos, que no se lo permiten, á pesar del deseo de hablar que tiene el enfermo (histéricas, afásicos).

Efecto de la debilidad é incoordinación muscular se pierde la habilidad manual en aquellos alienados que se dedicaban á profesiones en que se requiere ésta.

Para terminar el estudio de los síntomas propios de la motilidad, sólo nos resta mencionar alguno de los de este orden correspondientes al órgano de la visión y que en determinados casos revisten importancia: así, en algunos enfermos con anemia se observa de un modo pasajero el nistagmus; otras veces se encuentra el estrabismo que no existía antes de desarrollarse la enajenación mental. Pero los síntomas de esta clase más característicos son los correspondientes al iris: en unos enfermos puede hallarse la miosis y en otros la midriasis; pero lo más común es la desigualdad pupilar, de un modo especial en los paralíticos y aun desde los comienzos del mal, diferencia debida principalmente á midriasis unilateral.

Funciones de la vida vegetativa

Digestión.—Los trastornos de la digestión son de todos los síntomas somáticos de la alienación los más importantes y á veces se inicia por ellos el curso de la dolencia, así como también, según MOREAU, de Tours, dichos desórdenes y los vermes intestinales pueden en los niños dar lugar á la locura y á la epilepsia verdadera.

En el maníaco, y en general en todos los afectados de psicosis exaltantes, el apetito está no sólo intacto, sino más bien aumentado; sin embargo, en el período vago de los prodromos puede haber estado suprimido. Es notable la cantidad de alimentos que llegan á ingerir estos alienados, así como la facilidad con que en general los digieren por efecto de un hiperfuncionalismo gástrico como asimismo de las demás funciones.

Los paralíticos también tienen un apetito exagerado, que

hacia los períodos avanzados del mal se convierte en una verdadera voracidad.

Por lo que va expuesto, se comprende que los verdaderos trastornos digestivos están casi limitados á los melancólicos y en general á los que sufren alienaciones mentales de carácter deprimente. La anorexia ó falta de apetito puede ser debida ó á deducciones sacadas de sus ideas delirantes ó á languidez y perturbaciones de la digestión; de todas maneras es muy importante averiguar la causa de la inapetencia, por que debe combatirse tenazmente para evitar llegue la sitofobia, la que es muy grave y de funesto significado á poco que persista.

Los melancólicos, principalmente, tienen la lengua saburral, el aliento fétido, regurgitaciones, náuseas y hasta vómitos.

Los dementes y los paralíticos mastican mal y á veces precipitadamente, por lo que hay que vigilarles para evitar que se atraganten y hasta se asfixien. Los dementes y los idiotas á menudo presentan ascárides lumbricoides.

El estreñimiento, común á los melancólicos y á los paralíticos, es debido, sea á una disminución de las secreciones ó acrinia de las vías digestivas, sea á parálisis de la túnica muscular y por ende á falta de contractilidad intestinal; hay que combatirlo y tratarlo convenientemente, pues puede determinar una agravación en los trastornos psíquicos, y en los paralíticos ser la causa determinante de los ataques congestivos ó pseudocongestivos cerebrales, que en tanto grado contribuyen á agravar su estado y á precipitar el curso de la dolencia.

La excreción involuntaria ó incontinencia de las heces fecales obedece á diferentes causas: así, en los maníacos es debida á la falta de atención y á la profunda perturbación psíquica; en los que están afectados de estupor es consecuencia de una anestesia profunda y de torpeza general; y en los idiotas y dementes se debe á una debilidad grande de la motilidad, correlativa con la que ofrece su inteligencia y sensibilidad; en resumen la incontinencia

fecal se debe, por lo general, á una abulia ó á una relajación muscular y de los esfínteres. En los paralíticos, tal trastorno indica un grado muy avanzado de la dolencia y es de un pronóstico funesto.

Las afecciones de las vías digestivas, propiamente tales, son muy frecuentes en los alienados. Por parte del estómago encontramos: el catarro crónico, la dilatación de dicha víscera, el cáncer, la úlcera, los trastornos dispépticos; son bastantes comunes en el intestino: la enteritis, la disentería, el cáncer del recto, etc.; la congestión y los abscesos del hígado no son raros. También se observan las gastrorragias y las enterorragias, los cólicos intestinales, el meteorismo y la timpanitis, y en los estados avanzados de las locuras, es frecuente la diarrea que, si bien puede ser originada por diversas causas, siempre es muy pertinaz y de un pronóstico de mal augurio.

Resistencia á la alimentación.—Ya hemos indicado la importancia que tiene, por la gravedad que entonces adquiere la dolencia, la resistencia que á veces algunos alienados ofrecen á alimentarse *(sitofobia)*; es este un síntoma que hay que combatir rápida y tenazmente, por el deterioro que á corta fecha determina en el organismo; sin embargo, la gravedad que reviste, aun siendo siempre mucha, está subordinada á la causa que lo provoca y á la idea delirante que lo sustenta.

Las psicosis en que más á menudo se presenta, son: la melancolía, el delirio de las negaciones, el delirio de persecución, la hipocondría, la histeria y la manía. En los primeros, la sitofobia es debida á la anorexia que producen los trastornos digestivos tan frecuentes en dichos enfermos, así como también la idea de suicidio que se apodera de su ánimo: sólo puede combatirse este síntoma, según los casos, con un enérgico tratamiento farmacológico (purgantes, preferentemente) y con el uso de la alimentación forzada por medio de la sonda esofágica ó gástrica. En los casos en que existe el delirio de las negaciones no comen

los enfermos porque creen que carecen de boca, estómago, etc.; sin embargo, si se les dejan los alimentos, cuando se quedan solos los ingieren, hecho que también se observa muchas veces en las histéricas y en los dementes. Los que sufren delirio de persecución generalmente son sitófobos por temor á ser envenenados, y sólo hacen uso de huevos, frutos enteros, etc., ó sea de aquellos manjares en los que no es posible introducir ninguna substancia extraña, ni nociva; de aquí que en estas circunstancias este síntoma sea menos grave, ya que es más fácil combatirlo y por tanto alimentar convenientemente al enfermo. En los hipocondríacos este síntoma está subordinado á los trastornos digestivos, que á menudo sufren estos pacientes y á sus ideas hipocondríacas; en las histéricas no se encuentra á veces más motivo que su capricho ó el deseo de hacerse interesantes, es decir, que rechazan los alimentos por que sí (sitiergia); en algunas de ellas, sin embargo, se resisten para evitar las molestias que les ocasiona el vómito de todo cuanto ingieren; por último, los maníacos no comen por efecto de su continua agitación.

Más arriba hemos indicado que en ciertos períodos de su dolencia, los que padecen la periencefalitis difusa comen con voracidad, pero no sólo en ellos sino que también en los dementes é idiotas puede encontrarse la glotonería; á todos estos enfermos hay que vigilarlos para evitar que se atraganten ó asfixien por entrar alimentos en las vías respiratorias ó que, por ingestión de una cantidad exagerada de substancias, se presenten congestiones cerebrales debidas á digestiones laboriosas.

Circulación.—Según RÉGIS y DUNCAN GREENLESS las afecciones cardíacas son muy frecuentes en los locos; nosotros, sin negar las padezcan más á menudo que los sanos de espíritu, hemos de asegurar que en nuestra práctica no las hemos visto en tan gran número que pudiéramos afirmar la realidad de la frecuencia admitida por aquellos autores. Lo que sí parece cierto es que á veces la lesión del corazón preexistía á la aparición del

trastorno mental en cuyo desarrollo puede haber tenido mayor ó menor influencia; en algunas ocasiones, sin embargo, son consecuencia de una agitación excesiva (furor maníaco, exaltación epiléptica, melancolía ansiosa).

Las modificaciones de la circulación que se observan en los alienados, no están en relación directa con la forma de la dolencia mental, sino más bien con ciertos y determinados síntomas especiales como la agitación y la depresión.

No hay unanimidad, ni concordancia en el resultado de los trabajos de los frenópatas sobre el pulso de los locos. Así para Franck y Georget, en los maníacos es frecuente, tenso y acelerado; Leuret y Mitivié creen que la aceleración es mayor en los alucinados; Jacobi opina que en la manía aun habiendo agitación, el pulso no se modifica, sino es que más bien baje en algunos casos; Griesinger lo encuentra algo acelerado y mejor pequeño que lleno; Calmeil dice, que las variaciones en fuerza y número son frecuentes é instantáneas.

En suma, así en el maníaco como en el loco, en general, parece que el pulso no presenta cuantitativa ni cualitativamente alteraciones características.

A pesar de todo es probable que la agitación llevada hasta el furor dé lugar á grande aceleración del pulso y con aumento de tensión más ó menos marcado, tensión que más tarde se transforma en relajación; cuando los enfermos llegan á estar agotados y débiles, el pulso se vuelve pequeño y hasta lento. Llaman en ocasiones la atención los cambios instantáneos que se observan en el pulso de los maníacos: de una frecuencia grande pasa á una lentitud pronunciada; ora se hace fuerte y vibrante, para ser otras veces intermitente é irregular; estas variaciones las encontramos principalmente en los maníacos sujetos á paroxismos de furor y á impulsos irresistibles.

Esquirol afirma que en los melancólicos, por lo común, el pulso es lento, débil y concentrado, y á veces duro; pero, al igual

que sucede en los maníacos, hay que tener en cuenta en estos casos diversas circunstancias que pueden influir en dichas modificaciones, como son el estado general del individuo, la forma é intensidad del delirio, la existencia de alucinaciones. MARCÉ dice que en estos enfermos el pulso puede latir desde 40 veces hasta 120 por minuto. Para CULLERRE es tanto más lento cuanto más antiguo y profundo es el estado de depresión, y más frecuente cuanto mayor es la agudeza del delirio, la ansiedad más viva y las alucinaciones más horrorosas.

En el estupor, bajo la apariencia de impasibilidad é indiferencia, se oculta en aquella mente un trastorno profundo, tumultuoso, con un delirio marcado y en este caso el pulso es débil, pequeño, pero frecuente relativamente; sin embargo, si el estupor se prolonga y hay obtusión intelectual, entonces se vuelve lento, débil é irregular.

Según SCHÜLE y BALL, el pulso lento con dicrotismo es indicio de una lesión profunda de los centros nerviosos y señal cierta de incurabilidad y de que la psicosis marcha hacia la demencia. Las lesiones y trastornos de la inervación, y de un modo especial del simpático, en los paralíticos son causa de perturbaciones frecuentes y variables en el pulso de dichos enfermos, en los que durante los ataques congestivos á que á menudo están sujetos se presenta con gran frecuencia y marcado dicrotismo.

En los casos de enajenación mental crónica parece que el pulso se mantiene normal, salvo en los enfermos atacados de agitación ó afectos de alucinaciones varias y en éstos las alteraciones son rápidas y es frecuente el dicrotismo ó el policrotismo.

WOLF ha hecho numerosos estudios esfigmográficos, á los que SCHÜLE da una grandísima importancia, y de los que sólo se deduce como un hecho bien comprobado, que en la alienación mental frecuentemente se pierde el paralelismo que en estado normal presentan las curvas del pulso y de la temperatura. Los

trabajos de CLAUS, según MORSELLI, y los de LÖWENHARDT, NÖTEL y otros no parecen confirmar las conclusiones de WOLF. SHAFFER cree que el esfigmógrafo podría servir para diagnosticar los diversos períodos de la locura circular.

De los trabajos esfigmográficos emprendidos por GREENLESS ha deducido éste las conclusiones siguientes: «En la manía aguda se encuentran los centros nerviosos congestionados y las paredes arteriales relajadas, de donde la disminución de la tensión arterial y el trazado dicrótico del pulso. En el estado crónico, el trazado se aproxima á la normal.

»En la melancolía aguda, sístole cardíaca débil, repleción incompleta de las arterias. En el estado crónico el pulso recobra su fuerza.

»En la parálisis general, pulso variable según los períodos. En el primer período, sístole enérgico, tensión arterial débil. En el segundo, sístole menos enérgico, tensión arterial levantada. En el tercero, sístole débil, pero el conjunto del trazado se aproxima al del primer período.

»En los dementes, el trazado muestra una circulación tórpida, debida á una disminución de fuerza del sistema vasomotor.

»En los imbéciles, hay siempre aumento de la tensión arterial y del sístole.»

De todas maneras y á pesar de lo expuesto, es conveniente vigilar el corazón de los alienados por los trastornos que puede sufrir; el ateroma arterial y sobre todo aórtico, que es de las lesiones que mayor número de veces se encuentra, determinan, según la mayoría de los autores, insuficiencia valvular mitral con hipertrofia del ventrículo izquierdo y el pulso especial de la lesión valvular; otras veces hay degeneración grasosa del corazón, que en algunos casos ha sido causa de una rotura espóntanea del mismo; todas estas lesiones se manifiestan sin duda por algunas perturbaciones funcionales, como ruidos de soplo anémico,

frecuencia, debilidad é intermitencia cardíaca. La degeneración grasosa de los vasos, según BALL, es la causa de las relativamente frecuentes manchas de púrpura y equimosis que se ven en la piel de los locos. De un modo cierto resulta que por las evidentes perturbaciones indicadas hay disminución del trabajo útil del corazón y por tanto circula menos la sangre y se altera su distribución en los órganos.

Respiración.—Las alteraciones de la respiración son en Frenopatía menos importantes que las del aparato circulatorio. Hay, á pesar de esto, que hacer presente que las afecciones crónicas de los órganos respiratorios son bastante frecuentes en los alienados, observándose más especialmente en ellos los catarros bronquiales, el enfisema, la tuberculosis pulmonar que llega hasta imprimir un carácter particular á la locura, en algunos casos. Nosotros hemos tenido ocasión de observar comprobado un hecho, que otros habían notado ya, tal es, la frecuencia de la gangrena pulmonar en aquellos enfermos que sufrían psicosis deprimentes acompañadas de una sitofobia pertinaz; no hallamos explicación satisfactoria á estos hechos, que, sin embargo, eran evidentes, pues el diagnóstico pudo hacerse con exactitud, por medio de preparaciones microscópicas durante la vida y por la autopsia *post-mortem.*

Según CULLERRE en los maníacos la respiración no sufre cambio alguno, y sin embargo, parece que á menudo hay aumento en el número de los movimientos respiratorios. En los melancólicos es superficial, á veces ansiosa, en ciertos casos lenta y profunda, pero casi siempre insuficiente; algunos enfermos ofrecen el tipo de respiración inversa, esto es, que la expiración es más prolongada que la inspiración. MARCÉ ha encontrado desproporción entre el número de inspiraciones y el de latidos cardíacos.

En algunos estados emotivos los movimientos del tórax se hacen como por sacudidas y á tiempos, y á veces también con

temblores y sobresaltos. En la parálisis general avanzada y en los accesos epileptiformes de la misma la respiración á veces es arítmica, intermitente ó remitente, y al igual que en ciertos casos de locura puerperal, sin duda con uremia, podemos encontrar el fenómeno de CHEYNE-STOKES.

Temperatura.—Ya al copiar la definición que de la locura dió ESQUIROL, se pudo ver que uno de los caracteres que tan eminente frenópata le asignaba, era el de ser apirética. Si bien esto es casi absolutamente cierto, pues raras veces la locura da lugar á una alteración general del equilibrio de la temperatura del cuerpo humano, por lo que las aplicaciones del termómetro en estos enfermos son limitadas; sin embargo, y aparte de algunas pocas fases y formas de las psicosis que dan lugar á una reacción febril, es evidente que la temperatura del cuerpo sufre ciertas modificaciones aún no bien conocidas.

A pesar de los muchos trabajos emprendidos con el deseo de conocer cuáles son los cambios que en la temperatura determina la alienación mental, veremos por los datos que á continuación expondremos, que aparte de lo que SCHÜLE hace notar del acuerdo existente entre la mayoría de los frenópatas acerca de la falta de dichas variaciones en los primeros períodos, cuando avanza la alienación, tiende la temperatura orgánica á disminuir, á consecuencia de una parálisis vascular, en décimas de grado, disminución que en los estadios muy avanzados de la locura alcanza hasta 35'5°; mientras que, por otra parte, hay casos en que se observa un estado de acmé con 40° de temperatura; hechos todos, que además de la parálisis vascular, pueden depender quizás también de trastornos de los centros nerviosos térmicos.

Veamos cuáles son las conclusiones ú opiniones que han emitido algunos autores, como resultado de los trabajos por ellos emprendidos para determinar esta cuestión. Para GRIESINGER la temperatura se conserva de un modo normal en los locos y á lo

más desciende un poco, y sólo en la agitación maníaca de los paralíticos parece que tiende á elevarse algo. BALL igualmente opina, que si hay cambio es en el sentido de la disminución, en términos que en algunos estados melancólicos el termómetro colocado en el recto llega á marcar náda más que 35°, y aunque parezca extraño y paradójico, hechos análogos pueden encontrarse alguna vez en los agitados; el mismo autor refiere, que en varios casos se ha comprobado en esta clase de enfermos que morían por colapso, sin haber más síntoma evidente que un descenso de la temperatura á 30°, 28°, 25°, y aun se cita el caso de un loco en el que antes de morir la columna termométrica había bajado hasta 23°; también hace observar que en casos de estreñimiento pertinaz y de disminución en la secreción urinaria, la temperatura puede alcanzar un grado elevado y que por efecto de una fuerte excitación física y moral había llegado hasta los 40°.

WESTPHALL afirma que en la excitación maníaca siempre hay aumento, que puede ser hasta los 38° y 38'2°. RÉGIS cree que en algunos casos agudos la temperatura puede ser mayor que la normal, pero solamente en las formas congestivas (manía, epilepsia, parálisis general), y que en ciertos estados de la periencefalitis difusa la elevación llega á ser extraordinaria; en la melancolía, especialmente en todas las formas depresivas y apáticas y en los estados de marasmo, la columna termométrica desciende. Según CLOWSTON, á excepción de la demencia, en todas las demás formas de locura hay aumento.

CULLERRE deduce de sus investigaciones las conclusiones siguientes, con las que casi por completo concuerdan nuestras observaciones clínicas: «1.° en la excitación maníaca, con exageración de los movimientos, la temperatura se eleva de un modo manifiesto de algunas décimas de grado. Este aumento sería mucho más considerable, si el calor desarrollado por los fenómenos químicos que produce la agitación muscular, no se transformase casi en totalidad en trabajo mecánico. De aquí la conse-

13

cuencia de que todos los medios de contención que impidan el libre juego de los movimientos, en los maníacos, pueden hacerse perjudiciales favoreciendo el almacenamiento del calor.

»2.º En los períodos de la parálisis general en que se producen los fenómenos congestivos y la agitación, el termómetro se eleva siempre por encima de la normal, alcanza y aun pasa de 38°, algunas veces durante muchas semanas consecutivas.

»3.º En los melancólicos, y sobre todo en los estúpidos, la temperatura tiende á bajar por debajo de la normal.»

Pero no es sólo la temperatura general del cuerpo la que se ha estudiado y de la que, como resumen de las opiniones expuestas, cabe en general sentar que puede elevarse en las psicosis exaltantes y descender en las alienaciones mentales deprimentes, sino que también se han hecho estudios y experimentos para averiguar las temperaturas locales ó de determinadas partes del organismo. VOISIN, en sus experiencias sobre la temperatura de la cabeza en los alienados, ha visto que no siempre la de la caja craneana es correlativa con la de la axila, sino que á menudo aquélla pasaba de la normal, mientras que era ésta la que se encontraba en la región axilar; y que cada vez que en un vesánico sobrevenía un delirio maníaco, aun sin fiebre, se producía una hipertermia craneana.

RÉGIS dice, que investigaciones efectuadas han comprobado que hay casos en que la temperatura se distribuye irregularmente por las partes periféricas del cuerpo. Que la temperatura cráneo-cerebral parece aumentada en las locuras exaltadas y disminuída en las deprimidas; que podía haber diferencias notables entre las dos partes de la cabeza y que se ha afirmado, pero debe admitirse con reservas, que también existían diferencias entre los diversos lóbulos del cerebro.

BALL expone que experimentos completos y precisos han dado á conocer formas de alienación mental en las que se encontraba diferencias entre la temperatura de la parte superior del

cuerpo y la de la mitad inferior, así como entre una mitad y otra del mismo cuerpo; y que puede haber alteración de calor local inversa de la que se encuentra del lado del cerebro.

Es oportuno recordar aquí que LAYCOK considera las sensaciones penosas de calor y frío de algunos maníacos, como verdaderas neuralgias de los nervios transmisores de la sensibilidad térmica.

Una excitación farádica sobre un lado del encéfalo desarrolla un aumento de temperatura del lado opuesto del cuerpo; mientras que una excitación ligera, pero largo tiempo prolongada, da lugar á un descenso de calor también del lado opuesto del cuerpo. BALL, al referir estos hechos, se pregunta si no podrían servir para explicar las variaciones de la temperatura en los locos.

Órganos genitales. — *Menstruación.* — Los desórdenes de los órganos sexuales son frecuentes en el hombre y en las diversas formas mentales; puede haber una exageración de la potencia genésica, que en algunos casos llega á convertirse en verdadera satiriasis, como ocurre, por ejemplo, en los estados de excitación sintomáticos de la manía, de la parálisis general y locura circular. La impotencia la encontramos en los estados deprimentes propios de la melancolía, la demencia y en los afectos medulares, que con bastante frecuencia complican algunas psicosis. La espermatorrea á menudo da lugar á la hipocondría, neurastenia, locura del adolescente, etc. El onanismo, que á veces y por múltiples motivos se ve en la infancia y en la niñez, es causa de varios trastornos y afecciones mentales, entre otras la epilepsia, el idiotismo ó la imbecilidad.

Igualmente en la mujer se encuentra la exageración de los deseos genésicos en las fases de excitación de los afectos mentales y en particular en la manía puerperal, mientras que, viceversa, están abolidos en las formas depresivas.

La menstruación es un estado que siempre debe investi-

garse con cuidado en las enajenadas; hay que anotar minuciosamente su frecuencia, su duración, la abundancia, los dolores y todos aquellos otros fenómenos que pueden acompañarla, ya que de muy antiguo es sabida la estrecha y grande relación que hay entre las funciones genitales y las del sistema nervioso de la mujer. En los períodos agudos y de ascenso de la locura, por lo común está suprimida, sobre todo si el estado general del organismo es malo y hay anemia, clorosis ó una nutrición defectuosa. Puede conservarse si el estado general es satisfactorio y la nutrición se efectúa convenientemente; su retorno es un indicio favorable en el sentido de mejorar las funciones generales de la economía; pero en los estados agudos puede determinar una agravación con recrudecimiento del delirio. La época menstrual obra á veces de un modo favorable en las locuras crónicas; pero si la alienación se prolonga y hay un agotamiento marcado del organismo, se suspenden las reglas y su reaparición indica el establecimiento de la demencia definitivamente, así como la mejoría en el estado general orgánico con que aquélla suele coincidir. La menopausia influye en el desenvolvimiento de la locura más que en su curación, como es opinión muy generalizada.

La locura en manera alguna es un obstáculo ni para la fecundación ni para el curso normal del embarazo; así como también el aborto es raro (CULLERRE), lo que podría explicarse por la profunda anestesia física y moral que pueden presentar los alienados.

De la misma manera hay que investigar en los locos las anomalías del sentido genésico que puedan ofrecer, como: el onanismo (no sólo en los niños, como hemos visto ya, sino en los adultos también), el clitorismo, la pederastia, el tribadismo, la bestialidad, etc., etc.

Cuando se trate de enfermas con alucinaciones ó de histéricas, nunca deben reconocerse sus genitales á no ser acompañado de una tercera persona, por las razones que expusimos al tratar de las alucinaciones del sentido genital.

SECRECIONES: a. *Saliva.*—En la alienación mental la saliva puede estar alterada así cualitativa como cuantitativamente. En los estados depresivos, y como tipo de ellos en la melancolía aguda simple, se halla disminuída gran número de veces, lo mismo que las demás secreciones, y de aquí que el individuo tenga la boca seca, la lengua dura y á veces como acorchada, los labios apergaminados y sus esputos sean rarísimos. Por el contrario, en los estados de excitación se aumenta la actividad secretoria en términos de constituir á veces un verdadero ptialismo ó sialorrea, hasta 5 ó 6 libras diarias, según SCHÜLE; un fenómeno análogo sino igual suele encontrarse en algunos dementes, en ciertos melancólicos con estupor y en algunos neurópatas hipocondríacos. Todos estos casos de aumento en la secreción salivar pueden, según REINHARDT, dividirse en tres grupos: el 1.º, al que corresponden determinados imbéciles, idiotas, dementes y paralíticos, la saliva es flúida y acuosa (por parálisis vasomotora); 2.º los sistematizados con delirio de envenenamiento y sitofobia, cuya saliva es abundante, primero acuosa y más adelante espesa y turbia por caída irritativa del epitelio glandular (reflexión consciente y proceso morboso de los centros psíquicos); y 3.º el de los maníacos, circulares y sexuales, con la saliva vítrea, tenaz, blanquecina y viscosa (excitación mecánica local ó por irritación del gran simpático). Esto no debe sorprendernos si tenemos presente que desde los experimentos de CLAUDIO BERNARD se sabe que hay dos clases de saliva: una acuosa, que se obtiene mediante la excitación de los nervios motores, y otra filamentosa y viscosa, por la irritación del gran simpático; en los maníacos se pueden encontrar ambos estados, ya alternando, ya mezclados. El ptialismo puede ser periódico y otras veces constituir un estado permanente, como en ciertos casos de delirio agudo ó de *delírium tremens* en que la salivación es incesante; ya es pasajero, ya dura semanas, meses y años, ó es permanente como hemos dicho.

Pinel, Esquirol, Foville y Thore han considerado que la sialorrea puede tener un significado ó influencia crítica en la locura, hecho que debe ser raro, pues no ha sido visto por ningún otro práctico.

A pesar de los trabajos y experimentos fisiológicos de Ludwig é histológicos de Pflüger, no se conoce bien la causa de la salivación abundante, debido quizás á lo complejo de las condiciones en que se presenta; es posible, sin embargo, que las experiencias de Cl. Bernard puedan dar alguna luz.

b. *Orina.* — Así como en estado de salud es la secreción urinaria la más importante, igualmente lo es en los que están afectos de dolencias mentales; de ahí el infinito número de trabajos realizados para estudiar las condiciones en que se halla dicho humor en las psicosis. Si bien en algunos de los resultados obtenidos por los distintos autores hay bastante discrepancia, sin embargo, se han adquirido algunos datos ciertos y positivos: la orina en los locos se halla alterada cualitativa y cuantitativamente.

En el período agudo de la manía y estados de excitación se aumenta la cantidad de orina, la urea, los cloruros y según algunos los fosfatos; en la melancolía y también en la demencia, en ésta por efecto de la decadencia general orgánica y psíquica, la encontramos segregada en menor cantidad, más densa, espesa y depositando abundante sedimento de sales uráticas, siendo también menos la urea y los cloruros en disolución. Ball afirma haberse comprobado por muchos frenópatas que en la manía están disminuídos los fosfatos, no sólo absolutamente sino también en relación con los demás productos que contiene la orina.

Mairet opina que en la manía y en los períodos de agitación de la locura aumentan los fosfatos térreos, que á la inversa disminuyen en su período de declinación, y que en los estados de depresión, en la idiocia y en la demencia están en menor canti-

dad los fosfatos alcalinos, pero en mayor los térreos, si bien en su conjunto desciende la cantidad de ácido fosfórico disuelto en la orina. Igual es la opinión emitida por MENDEL.

El DR. JOHNSON SMYTH ha deducido de sus trabajos las siguientes conclusiones: «1.º la cantidad de orina excretada es superior á la fisiológica en la parálisis general y en la epilepsia, é inferior en la melancolía y en la demencia secundaria; 2.º el total de los sólidos está sobre todo aumentado en la parálisis general; 3.º la cifra de urea está ligeramente en exceso en las psicosis, excepto en la demencia; 4.º el ácido úrico está notablemente por encima de la media fisiológica desde el principio en la parálisis general, en la epilepsia y en la demencia; 5.º la creatinina es igualmente más abundante en la parálisis general y la demencia; 6.º por último, parece haber un ligero exceso de ácido fosfórico en la epilepsia, pero este principio difiere muy poco de la normal en las otras afecciones.» (RÉGIS).

De los elementos que en estado patológico se encuentran en la orina y que tienen principal importancia en la alienación mental, nos hallamos con la albúmina y el azúcar como los más interesantes. MARCÉ, sin embargo, refiere que en sus investigaciones sobre las diversas formas de alienación mental no ha visto la albúmina y la glucosa en la orina. BALL, por el contrario, dice que se encuentra la albúmina en cantidad sensible sin haber ni enfermedad del riñón, ni del corazón, y que alguna vez se observa la glucosuria. RÉGIS manifiesta que el azúcar existe en cantidad variable en la orina de los alienados diabéticos, en el delirio agudo, en el *delírium tremens*, epilepsia y en la parálisis general al principio ó después de los ataques congestivos. KOPPEN refiere que la albúmina es frecuente en los delirios relacionados con la nefritis crónica y la arterio-esclerosis, en el delirio agudo, parálisis general, epilepsia, ya sea en su forma habitual de sero-albúmina, ya en la de propeptona.

DIEULAFOY y RAYMOND han visto algunos casos de locuras

bríghticas, en las que el estado mental sigue las fluctuaciones de la uremia.

MARRO en veintiún paralíticos ha hallado constantemente la peptonuria, pero en tan pequeño grado que se necesitaban de 800 á 1000 centímetros cúbicos de orina para poder encontrar la reacción de HOFFMEISTER y en más cantidad en los casos de marcha aguda ó con complicaciones. Ello le ha conducido á afirmar que la ausencia de peptona en la orina excluye el diagnóstico de parálisis general.

En enfermos fallecidos á consecuencia de delirio agudo con alucinaciones terroríficas, el mismo MARRO ha encontrado la orina cargada de acetona, con cuya substancia cree tiene relación la existencia de tal género de alucinaciones.

LINDSAY ha observado alguna vez en los alienados la oxaluria.

En algunos estados agudos se han encontrado cilindros mezclados con albúmina; también se puede ver moco, pus, células epiteliales, leucocitos, y, en algún demente paralítico, sangre, todo ello debido probablemente á alteraciones orgánicas de los riñones y vías urinarias más ó menos relacionadas con la psicosis. RÉGIS dice que hay que tener presente que se ha visto la azoturia, la uremia con sus formas convulsiva y delirantes; la iscuria, la estranguria por espasmo del cuello ó parálisis y la retención é incontinencia consciente ó inconsciente (FÉRÉ).

Por último, la micción nocturna ó involuntaria é inconsciente después de ataques convulsivos á menudo debe su origen á la epilepsia.

c. *Sudor; secreción sebácea de la piel.* — En la locura es muy frecuente que esté alterada la secreción del sudor, ya por efecto de los trastornos de la nutrición ó de los desórdenes vasomotores, ya por las perturbaciones de los centros nerviosos. Unas veces la piel está seca, en tales términos en ciertas ocasiones, que se cubre de escamas epidérmicas, con los cabellos erizados

y secos, debido todo ello á una falta de transpiración ó de sudor á una *anhidrosis* (melancolía, estupor, parálisis general). En otras es tal la abundancia de sudor ó la *hiperhidrosis,* que la piel se pone edematosa y muy fría (manía, neurastenias emotivas). Hay casos en que el principio de la psicosis se manifiesta ó por una desaparición completa del sudor ó por abundantes sudores locales ó generales (parálisis general, locura hipocondríaca). RÉGIS dice que ha observado en algunas locuras diatésicas, especialmente en las del artritismo, como una compensación entre el estado mental y el sudor. El olor nauseabundo que á veces exhalan muchos alienados, comparado por algunos al que despide el ratón, sería debido, según MORSELLI, más á la suciedad ó á la fetidez del aliento que á alteraciones de la composición del sudor; sin embargo, parece que con frecuencia en las fases de agitación de las psicosis cíclicas hay aumento en la acidez de esta secreción. FRIGERIO dice que algunos idiotas despiden un olor almizclado.

Siendo como es mal conocida la materia producto de la secreción sebácea de la piel en estado fisiológico, no es de extrañar que así suceda también en los cambios que sufre en las alteraciones patológicas. RÉGIS y ARNOZAN han emprendido varios experimentos en lo que se refiere á la alienación mental sin observar nada preciso. Sin embargo, muchas veces han comprobado la presencia de materia sebácea en puntos donde normalmente no existe, como por ejemplo, en el hueco axilar. SCHÜLE y SOLLIER dicen que en los casos gravísimos de locura se encuentra como una transpiración grasienta que en la cara puede llegar á constituir una verdadera seborrea.

d. *Jugo gástrico.*—Es opinión generalmente admitida que en los melancólicos está más ó menos suprimida la secreción del jugo gástrico, siendo ello una de las causas de la sitofobia y de la repugnancia á los alimentos que vemos en algunos alienados, y que en los maníacos y melancólicos parece estar aumentada

tal secreción. Sin embargo, RÉGIS, después de exponer que tal función se halla muy alterada, lo que es fácil de comprender dados los numerosos trastornos de origen gástrico que complican las psicopatías, como la dispepsia, los vértigos estomacales, la dilatación del estómago, anorexia, sitofobia, polifagia, etc., recuerda los experimentos de NOORDEN y de PACHOUD en los que, extrayendo por medio de la sonda y durante la digestión jugo gástrico, han comprobado que en los melancólicos hay con cierta frecuencia aceleración de la digestión é hiperacidez del jugo gástrico, hecho debido de un modo casi exclusivo á encontrarse ácido clorhídrico libre.

e. *Bilis; jugo intestinal.* — El análisis sistemático y riguroso de la secreción biliar en los alienados no se ha efectuado aún; parece que en muchos de ellos hay aumento de su producción (melancolía, delirios tóxicos y otros), pudiendo en éstos aparecer estados subagudos de ictericia ó formarse cálculos biliares, cosa que las autopsias han demostrado numerosas veces. El estreñimiento, que se encuentra en bastantes alienados, puede obedecer en parte á la atonía intestinal ocasionada por defecto de estímulo con motivo de una secreción biliar insuficiente (RÉGIS).

Según BALL en los enfermos de la mente el jugo intestinal se segrega en menor cantidad que en estado fisiológico y tal sequedad ó acrinia de los intestinos también contribuye á la producción del estreñimiento.

Las restantes secreciones carecen de importancia y no tienen valor clínico alguno; sólo como recuerdo haremos constar que las lágrimas disminuyen en los alienados: así GUISLAIN refiere un caso en que el enfermo decía «no podía llorar porque sus ojos estaban tan secos como su corazón.»

Sangre. — El estudio de este humor en este lugar puede servir como de transición entre el de las secreciones y el de los desórdenes tróficos ó de nutrición de los alienados. Es opinión muy corriente que en cualquiera época del curso de las psicosis,

lo mismo en su principio que en la evolución de sus accesos, los hematíes están muy disminuídos en determinados estados depresivos ó de degradación como la demencia, pareciendo que esta hipoglobulia es más acentuada en la mujer; otras veces es la cantidad de hemoglobina la qué está en menor cantidad de la que fisiológicamente se encuentra en la sangre; ésta parece sufrir pocas variaciones que la aparten de su estado normal en los maníacos. Sospéchase que en todo caso no hay alteración en la proporción normal existente entre el número de los glóbulos rojos y los glóbulos blancos. Vamos á exponer algunas opiniones particulares que difieren de lo que acabamos de referir.

En resumen, el resultado de las experiencias del DR. JOHNSON SMYTH, es el siguiente: «en los alienados hay, de una manera general, disminución de la hemoglobina y de los glóbulos rojos de la sangre; mientras que, al contrario, el peso específico de este líquido se encuentra aumentado. Las formas morbosas en las cuales estas particularidades se encuentran más marcadas, son, por orden decreciente: la demencia secundaria, la epilepsia, la melancolía y la parálisis general. En cuanto á la proporción comparativa de los glóbulos blancos y de los glóbulos rojos no existe variación constante.» (RÉGIS).

Según ERLENMAYER se encuentra en los alienados una pobreza de la sangre comparable á la de la clorosis, como una verdadera crasis serosa. MICHÉ pretende que estando disminuídos todos los elementos hay, sin embargo, aumento de los glóbulos rojos al principio de la parálisis general. GALLOPAIN deduce de sus investigaciones, estas tres conclusiones: 1.° el número de glóbulos rojos está disminuído; 2.° el número de leucocitos ó glóbulos blancos se halla aumentado; 3.° en casi todos los casos, en general, existe una anemia de mediana intensidad.

SCHÜLE ha observado en los alienados algunos casos de anemia perniciosa, que no se explica por ninguna pérdida abundante y continua, ni por ningún gasto exagerado y que sólo se

podría comprender debía su origen á una acción nerviosa, cuya probabilidad, según el autor citado, cabe demostrar por los experimentos fisiológicos de GOLTZ, TARCHANOFF y HEUBEL.

Desórdenes vasomotores.— Copiaremos á este propósito lo que dice RÉGIS: «Entre los desórdenes vasomotores, se encuentran en los alienados:

»Las parálisis vasomotoras de las extremidades ó de ciertas partes de los tegumentos, produciendo la cianosis y el edema (formas estúpidas y apáticas de la melancolía, de la locura de doble forma (RITTI) y de la demencia); las asfixias llamadas locales, por contracción espasmódica de los capilares; las irregularidades en la distribución sanguínea; las sensaciones subjetivas de calor, de frío, de hormigueo, de escalofrío; los fenómenos angioparalíticos y angiocinéticos bien localizados y, por decir así, alternando (formas cíclicas y periódicas, melancolías con raptos). Se puede observar también, bajo la influencia de ligeras excitaciones mecánicas ó eléctricas, enrojecimientos parciales persistentes y algunas veces el fenómeno designado bajo el nombre de alfabeto vasomotor (dermografías).

»Señalemos, por último, la angustia precordial, tan importante en ciertos alienados (melancólicos, epilépticos, hipocondríacos, histéricos, alcohólicos, neurasténicos), que se traduce en ellos por sensaciones de constricción penosa y que da nacimiento á las concepciones delirantes más variables. Falta rara vez en el estadio inicial melancólico de la locura.»

Algunas congestiones cerebrales, así de las que tan frecuentemente se ven en los paralíticos como en los otros alienados, se deben á desequilibrios de la circulacion cerebral por alteraciones vasomotoras.

Desórdenes tróficos de la nutrición. — Es la locura una enfermedad que no localiza sus efectos á sólo el sistema nervioso, sino que lòs generaliza á todo el organismo, ya que aquél es sin disputa el lazo de unión y el regulador de todos los restantes

órganos. De aquí que, aparte de los trastornos que llevamos estudiados, nos tengamos que ocupar ahora de una clase de dichos fenómenos que revisten en frenopatía grande importancia, esto es, los síntomas correspondientes á la nutrición ó á las funciones tróficas.

Las alteraciones en el peso del cuerpo merecen una atención particular, dadas las deducciones pronósticas que de su conocimiento pueden sacarse. NASSE, en Alemania, es el primero que ha dado á conocer todo el valor que tenía la observación y estudio de tal hecho. Ya en el período prodrómico de la alienación mental, cuando los trastornos psíquicos no son aún evidentes, se nota un adelgazamiento del cuerpo; en el período de invasión hay menos cambio, aunque siempre en el sentido de la disminución del peso y enflaquecimiento, pero además en este estadio es en el que se empiezan á presentar los otros trastornos tróficos que estudiaremos más adelante, aun antes de haberse marcado bien los síntomas intelectuales. En la fase de estado de las psicosis parece como si hubiera una calma en la tempestad por lo que á este punto se refiere, y el paciente, por el restablecimiento concomitante y en parte por el mejor funcionalismo de los órganos digestivos, mejora algo en su nutrición general; mas llegamos al período último, á la fase terminal, y entonces el loco engruesa, cosa que suele ser un síntoma desfavorable, pero que á su vez puede serlo de buen augurio, dependiendo esto de las demás condiciones que concurren. La convalecencia da por resultado un aumento rápido en el peso del cuerpo, el que es más marcado en los jóvenes y en las mujeres, más lento en los adultos y casi nulo en los viejos; sin embargo, téngase siempre presente que al engruesar el alienado puede pronosticarse favorablemente y esperar una curación sólida, si á la vez que sube el peso hay mejoría en el estado mental y la expresión de su fisonomía es más inteligente y animada, pues en caso contrario, si el ponerse más grueso es sólo por acúmulo de grasa y sin que se

eleve el peso, es de temer el paso á la demencia, ó, aunque parezca despejarse la situación psíquica, debe sospecharse una más ó menos próxima recaída. La melancolía es la forma de afección mental en que están más marcados los hechos que acabamos de exponer. En la locura circular, en el período maníaco ó de excitación, disminuye el peso del cuerpo, que, viceversa, aumenta en las fases lúcida y de depresión ó melancólica.

Las alteraciones de la piel y sus anexos, debidas á trastornos tróficos, son variadas y diversas, y de algunas nos hemos ocupado ya, al estudiar en los síntomas del hábito exterior los que en este orden le correspondían, ó sean los que se refieren á su pigmentación, estado de las uñas y pelos y á la coloración de éstos. Indicaremos ahora los restantes, entre los que se encuentran las distintas dermatosis que á menudo observamos en los locos, como: el herpes y su modalidad especial el zona, la ictiosis, pitiriasis, etc., algunos eritemas, y como digno de especial mención, el característico de la pelagra; en muchas psicosis, en sus períodos avanzados y como signo de la alteración que sufre la crasis sanguínea, encontramos petequias y máculas más ó menos extensas de púrpura. No es raro que se presenten úlceras cutáneas por la menor contusión ó roce, úlceras cuya cicatrización, así como la de las heridas de ciertos alienados, se realiza con suma dificultad; gangrenas también por causas insignificantes y que son prueba evidente de la perturbación en que se encuentran las funciones tróficas; escaras por decúbito, no sólo el común y ordinario, sino el agudo, también estudiado por CHARCOT y que en los paralíticos generales lo vemos muy á menudo, en especial después de los accesos de congestión y epileptiformes, así como también en todos aquellos alienados en que se encuentran lesiones de los centros nerviosos, y en particular medulares; asimismo puede presentarse el mal perforante plantar, la caída espontánea de uñas y dientes, etc.

Los tejidos óseo y cartilaginoso pueden sufrir alteraciones

diversas que dan lugar á la presentación de síntomas muy característicos y notables; en los huesos se encuentra la osteomalacia, que han estudiado también en este caso particular RINGROSE ATKINS, GUDDEN, MERSER, etc., debida principalmente á una degeneración ó transformación grasosa de los tejidos óseos, los que, además, están expuestos á frecuentes y fáciles fracturas; también se observan artropatías igualmente de origen trófico, en particular en las articulaciones condro-esternales. En todas estas alteraciones parece que, además de los trastornos de los centros nerviosos, ejercen una influencia primordial y capitalísima algunas neuritis periféricas. De los síntomas que acabamos de estudiar, hay algunos de ellos que, como los equimosis de la púrpura, las fracturas espontáneas de los huesos y el que nos va á ocupar ahora, ó sean los hematomas, en particular de la oreja, deben tenerse presentes, sobre todo por lo que se refiere á su patogenia, pues á veces, y en especial en los manicomios, pueden dar lugar á ciertos disgustos por atribuirlos en determinadas ocasiones los enfermos á los traumatismos que sólo han existido en su malignidad de intención ó en sus desórdenes alucinatorios ó ilusorios.

El hematoma de la oreja ú *otematoma,* sin ser exclusivo de la alienación mental, es fuera de ella sumamente raro, indicando en los locos lesiones profundas de los centros nerviosos, y de ahí su frecuencia, puesta fuera de toda duda, en la parálisis general ó periencefalitis difusa crónica. Lo característico de este síntoma y su importancia por las razones que expusimos al final del párrafo anterior y la deformidad consecutiva á su curación, merecen nos detengamos algo en él; copiaremos su descripción y marcha clínica, tal como la refiere FISCHER:

«Ordinariamente en la región anterior del oído externo (rara vez en la posterior), y con más precisión en la fosa navicular (pero nunca en el lóbulo), se va desarrollando un tumor blando y fluctuante acompañado generalmente de crudeza y de

dolor, aunque algunas veces es también indolente. La evolución de este tumor puede tener lugar en el curso de pocas horas. Su tamaño es como de una habichuela y más. Después de unos ocho ó diez días se observa ordinariamente una disminución del tumor con palidez de la piel, y pasados algunos días más recobra ésta su aspecto normal; pero queda en el punto correspondiente á la hinchazón un engrosamiento del cartílago. Otras veces el tumor crece hasta alcanzar el volumen de un huevo de paloma, llenando toda la fosa escafoidea; la piel se pone tensa, adelgazada y lívida y muy caliente al tacto. Las partes adyacentes, á excepción del lóbulo, son también comprendidas en el proceso flogístico. Sobre el mismo tumor se observa en la parte anterior una resistencia siempre creciente, y, en cambio, en la posterior un adelgazamiento del cartílago. Después de cuatro ó cinco semanas comienza poco á poco el proceso regresivo; la fluctuación es menos marcada, y el tumor concluye por ofrecer en la superficie anterior, que está rígida y elástica, una resistencia apergaminada; se hace, por último, más pastoso. Presenta después poco á poco todas las gradaciones entre el rojo y el amarillento y lentamente recobra el color natural. Si se examina entonces el oído, se observa que sus paredes anterior y posterior se encuentran aproximadas entre sí y que el cartílago está doblado ó replegado. Continuando el engrosamiento se arruga también, deformándose permanentemente la concha. Si de pronto se abre un otematoma inmediatamente al principio de su desarrollo, sale una sangre negruzca y licuescente; en un estadio más avanzado la sangre está coagulada, en parte, y mezclada con suero sanguinolento. En este último se encuentran con el microscopio células cartilaginosas. La pared posterior interna se halla formada por el cartílago de la oreja que, en algunos puntos, está reblandecido; la pared anterior, en cambio, está compuesta del pericondrio con laminillas cartilaginosas adheridas á él. El cartílago primitivo está con frecuencia excavado, dislacerado y adherido á algunas

porciones de la pared anterior del pericondrio. El carácter *anatómico* del proceso consiste, por lo tanto, en una extravasación de sangre, que siempre tiene lugar en el pericondrio y el cartílago, y que en circunstancias dadas va unida también á soluciones de continuidad de este último.»

Pero los hematomas, si bien su asiento predilecto es la oreja, no por eso dejan de observarse en otras regiones, aunque de un modo raro. KOEPPE ha descrito el hematoma del cartílago nasal ó rino-hematoma, que á veces suele coincidir con el de la oreja. SCHÜLE lo ha visto en tres casos en el músculo recto del abdomen, tratándose de dos paralíticos y de un enfermo con esclerosis cerebral y atrofia del nervio óptico.

Tales lesiones son muchísimo más frecuentes en el hombre que en la mujer; su origen traumático, según nuestras observaciones propias, conformes con las de muchos autores, entre otros BALL, es rarísimo y excepcional y á lo más como causa predisponente, siendo la verdadera, al parecer, lesiones ya orgánicas, ya funcionales, del gran simpático. Sin embargo, y por lo que pueda valer, haremos notar que, según VALLON, en los otematomas traumáticos el derrame alcanza todo su desarrollo en pocas horas, mientras que en los espontáneos necesita muchos días.

En algunas psicosis, sobre todo en las paralíticas y con depauperación orgánica acentuada, la atrofia y la degeneración de los músculos puede ser marcadísima.

También se observan en ciertos casos la queratitis neurotrófica, el gerontoxon ó círculo grasoso periquerático, y en general diversas degeneraciones grasosas.

15

II. — ELEMENTOS ORGÁNICOS Ó CONSTITUCIONALES

Las lesiones correspondientes á este orden de lesiones pueden referirse y evolucionar, ya durante el período de desarrollo del individuo, ya cuando éste se halla completamente constituído y formado; de ahí dos grupos bien caracterizados de síntomas, correspondiendo al primero las lesiones de evolución ó de organización y al último las lesiones de involución ó de desorganización.

1.° — *Lesiones de evolución*

El estado normal del modo de ser psíquico lo constituye ciertamente la harmonía, el perfecto equilibrio entre todas las facultades sin el mayor predominio de la una sobre la otra. Cuál sea este estado, cómo se determina el hecho, es imposible precisarlo, pues no conocemos dónde terminan sus límites, dónde acaba el modo de ser hígido para dar principio al estado anormal, si bien, cuando la alteración de desarrollo alcanza ciertos extremos, no cabe dudar que estamos en pleno terreno patológico.

El desarrollo psíquico puede hallarse alterado por exceso ó por defecto. El primer estado es lo que constituye para algunos el *genio*, del que no hemos de ocuparnos. El último se nos manifiesta de una manera completa en la *idiocia*. Lo que hay que tener presente es que la locura, así se observa en los que tienen su funcionalismo cerebral íntegro, como en aquéllos cuyas facultades anímicas están poco desenvueltas.

Limitándonos al estudio de las lesiones de desarrollo por defecto, nos encontramos que éstas pueden recaer sobre el conjunto de todas las facultades, y ser, por lo tanto, generalizadas, cuyo caso se nos presenta en los idiotas, como hemos dicho ya,

ó bien atacar sólo algunas de ellas ó ser parciales. MOREL y FÉLIX VOISIN llaman *genios parciales* á aquellos sujetos donde, al mismo tiempo que encontramos lagunas en su inteligencia, otras facultades se desarrollan por encima de lo normal, pudiendo los individuos que se hallan en tal caso llamar la atención por lo que brillan en algún ramo de conocimientos; esto es lo que ha permitido á MOREAU de Tours admitir que el genio era siempre de origen neuropático.

Estos trastornos, también conocidos con el nombre de *estigmas de degeneración,* se pueden observar, aislados ó en mayor ó menor número agrupados, en muchos locos; se observan, ora afectando á la esfera intelectual, ora á lo que podríamos llamar orden moral, ora, en fin, por lo que se refiere á la esfera somática; de aquí los dos grandes grupos de estigmas psíquicos y de estigmas físicos ó somáticos.

a. — *Estigmas psíquicos*

Para MAGNAN este orden de trastornos depende de que los centros de percepción son desigualmente impresionables ó difieren en aptitud para recoger las impresiones que les llegan, en una palabra, y como hemos dicho ya, hay una desharmonía, un desequilibrio del modo de ser hígido del funcionalismo psíquico.

En la esfera intelectual encontramos hechos que llaman la atención y que cuando se examinan detenidamente llegan á parecer paradójicos; al lado de las más brillantes facultades se ven lagunas de la inteligencia, tales que no pueden menos de sorprender al que desconoce la existencia de estos fenómenos. Las facultades superiores, como el juicio, el raciocinio, la atención faltan, á la par que otras se alteran menos frecuentemente y aun se hallan más desenvueltas, como la memoria (hiperemnesia), la imaginación, las facultades inventivas. De ello resulta que, por ejemplo, inspirados poetas, pintores de verdadero mérito, hasta mú-

sicos, etc., aparte de tales aptitudes artísticas, eran incapaces de poder adquirir ningún otro orden de conocimientos.

Pero nos podemos encontrar con sujetos dotados de las más brillantes facultades intelectuales, profesores distinguidos, magistrados notables, hasta profundos matemáticos, etc., que son degenerados, pues si bien es verdad que están bien dotados en cuanto se refiere á la inteligencia, el desequilibrio lo ofrecen en la sensibilidad moral, en la esfera pasional. Se ve en ellos una falta de los sentimientos elevados, de las más nobles afecciones, al lado de una exageración de los sentimientos inferiores, de las pasiones y de los instintos; son susceptibles, impresionables por la menor causa y por el más fútil motivo, lo que les hace, además, violentos é irascibles. Sienten cariños pueriles y hasta absurdos por un animal cualquiera y les deja indiferentes la pérdida de una de las personas más queridas; se desarrollan en ellos simpatías inexplicables, al lado de no menos incomprensibles antipatías; en suma, hay una verdadera ausencia del sentido moral. Como un ejemplo del modo como se van poniendo de manifiesto tales trastornos transcribimos las siguientes líneas, tomadas de Legrand du Saulle: «Dotados los que se hallan en este caso de una manera extraordinaria, aprenden y retienen cuanto se les enseña con sorprendente facilidad. Son los primeros en su clase y se les considera como pequeños prodigios. Poseen para la música, el dibujo, la poesía, la improvisación, la declamación ó el arte teatral una aptitud nativa que maravilla. Luego, cuando llega el período de la pubertad, sus brillantes facultades palidecen ó se extinguen. El desarrollo psíquico se detiene, el crecimiento intelectual ha dicho su última palabra, se declara el fracaso y el pequeño prodigio se convierte en cero. Después de muchas humillaciones y perplejidades se afilian en la marina ó en el ejército. Algunas veces son domados por la severa disciplina de este nuevo medio, pero con más frecuencia se rebelan contra esta disciplina, se dejan abrumar por los castigos y

acaban frecuentemente en los consejos de guerra.» Hemos copiado esta descripción como modelo de lo que ocurre á menudo en algunos casos, ó sea en aquellos en que en una ú otra época de la vida se apaga ó amortigua en parte la luz que brillaba y hasta deslumbraba, si podemos decirlo así, de las facultades intelectuales, habiendo otros en que se conserva siempre tal desarrollo de la inteligencia al lado de las deficiencias morales.

b. — *Estigmas físicos ó somáticos*

Las alteraciones correspondientes á este orden son numerosísimas y hay que estudiarlas metódicamente para poder comprenderlas y recordarlas mejor. Como se comprende, la degeneración del individuo será tanto más profunda cuanto mayor sea el número de estigmas que se encuentren reunidos en él.

La talla puede ofrecer desproporción entre las diversas partes del cuerpo, que pueden, ora estar aumentadas, ora disminuídas, así como en su totalidad, y presentarse el enanismo, el gigantismo y el feminismo, solos ó acompañados de deformidades de la columna vertebral y del tórax (escoliosis, cifosis, etc.).

Los miembros se encuentran desigualmente desarrollados, con parálisis parciales, contracturas, tics, hipertrofias y atrofias más ó menos localizadas. Ofrecen á veces deformidades características, como la sindactilia, la polidactilia, el pie bot, el pie plano ó aplanamiento de la bóveda plantar y la llamada *mano idiota,* delgada, alargada y con pulgar pequeño; los dedos palmeados.

Diversas son las deformidades del cráneo: su volumen, según RÉGIS, es en general mayor que el tipo fisiológico normal. Como modificaciones de forma y de conjunto hay la microcefalia, la hidrocefalia, la megalocefalia; las variaciones por exageración de las formas típicas, en la dolicocefalia, la escafocefalia y la plagiocefalia; en la braquicefalia, la eurycefalia y la acrocefalia. Como alteraciones parciales, después de la asimetría general, las parciales

como la fronto-facial, una de las más evidentes é importantes; la atrofia de las paredes óseas ó su hipertrofia; la persistencia de las fontanelas y suturas ó su osificación precoz, los huesos wormianos numerosos, las exostosis y otras, como crestas, depresiones y surcos desusados y exagerados, etc.

Como muchas de estas modificaciones no son perceptibles á simple vista, hay que proceder, para reconocer su existencia, á los diversos métodos de reconocimiento y de medida, que se encuentran descritos particularmente en las obras de Antropología. Por ahora tal minuciosidad no es aún de grandes resultados prácticos.

En la cara uno de los estigmas más marcados es la asimetría, la proeminencia de los senos frontales y de los juanetes por salida de las apófisis zigomáticas; la nariz torcida ó cuyo tabique se desvía; la amplitud y separación de las cavidades de la órbita; el prognatismo, la salida de la mandíbula inferior; el labio leporino, etc., movimientos coreiformes ó diversos tics convulsivos. La bóveda palatina ofrece varias formas que son muy características y á las que se ha dado una importancia que hemos visto confirmada en diversos casos: la encontramos unas veces con una hendidura congénita, otras estrecha y asimétrica; pero una de las deformaciones más dignas de fijar la atención, es la que presenta dicha bóveda en una forma ojival, estrecha y profunda, puesto que, según CUYLITS, es la que más dificulta el desarrollo cerebral y altera en grado sumo la relación normal entre los diferentes índices craneanos, á que dicho frenópata concede gran valor como determinante de la degeneración psíquica.

En los órganos encefálicos se observan en los degenerados variadas alteraciones ó desviaciones del tipo normal. Las meninges engrosadas, adheridas á la capa cortical, con abundantes corpúsculos óseos, etc. Para el cerebro, las que más á menudo se encuentran son hipertrofia ó atrofia generales ó parciales,

desaparición de circunvoluciones ó presencia de alguna nueva; amplitud de los surcos y anfractuosidades; anomalías diversas en la región psicomotriz y en las cisuras de SILVIO, de ROLANDO y calcarina, etc. En cuanto al peso del cerebro varía, si bien parece aumentado en la manía y en alguna vesania aguda, y atrofiado y por lo tanto disminuído aquél en las formas crónicas y evidentemente en los idiotas é imbéciles. RÉGIS dice que muchos autores han encontrado en los alienados el hemisferio derecho más pesado que el izquierdo, esto es, al revés del estado normal. En las restantes partes del encéfalo, si bien también pueden presentarse alteraciones, son éstas menos frecuentes é importantes.

Las alteraciones de estructura y las histológicas del encéfalo, entre las que, según BALL, es donde podrán encontrarse las alteraciones características de la locura, ya que las macroscópicas nada tienen de propio y peculiar, varían según la afección, y las más comunes son la hidrocefalia, el reblandecimiento ó la induración, la porencefalia; las degeneraciones y esclerosis de los diversos componentes, vasos, células y fibras nerviosas y neuroglia, siendo de estas últimas alteraciones en la parálisis general donde por lo común se ven las más diversas y variadas.

En lo que se refiere á la visión y á los ojos, nótase la ceguera, la miopía, hipermetropía y astigmatismo; la ambliopía y el estrechamiento concéntrico del campo visual, la discromatopsia, la hemeralopsia; la oftalmoplegia, el nistagmus, la ptosis; miosis y midriasis; la retinitis pigmentaria, el albinismo, la asimetría cromática ó sea el estigma iriano de FERÉ; el coloboma de la coroides y del iris, deformaciones de la pupila; el epicantus, la microftalmía y la exoftalmía, etc., y á veces los signos de ARGYLL-ROBERTSON y de ROMBERG.

Los estigmas correspondientes al oído y á las orejas revisten grande importancia por su valor real y positivo y su facilidad en apreciarlos. «Han sido especialmente estudiados, en estos

últimos años por GIACCHI, FÉRÉ, LANNOIS y FRIGERIO. Aparte de la sordera completa ó unilateral, que algunas veces es hereditaria, y de las otitis de todo género, se encuentra en los alienados las orejas mal implantadas, asimétricas, enormes ó rudimentarias, planas, carnosas, en punta (orejas de sátiro de SCHWALBE), separadas (en asa) ó aplicadas á la pared craneana. Se encuentran también deformaciones parciales, la ausencia del trago y del antitrago, detención del desarrollo ó ausencia del hélix y del antihélix, el prolongamiento de la raíz del hélix que, reuniendo el antihélix, separa la concha en dos partes (FÉRÉ); el despliegue y enroscamiento del pabellón, la adherencia (á la región mastoidea) ó la ausencia del lóbulo (oreja de MOREL); la persistencia del tubérculo de DARWIN, la anomalía de la foseta escafoidea que puede faltar, ser única, doble ó triple y continuarse en el lóbulo mismo independientemente del ranversamiento del antitrago, etc , etc. Según FÉRÉ, las alteraciones morfológicas se hallarían sobre todo del lado izquierdo.» (RÉGIS).

Además de las variaciones de la bóveda palatina, de que antes hemos hecho mención, se encuentran en la boca otras diversas, á saber: división congénita de la úvula, macroglosia, persistencia de la primera dentición, microdontismo y macrodontismo, ausencia ó duplicidad de ciertas piezas dentarias, los dientes de HUTCHINSON, tubérculos, dentellones y muescas, surcos transversales y caries en los dientes, anomalías de la dirección, en especial en los incisivos y caninos; deformaciones de la arcada dentaria, etc.

En los órganos genitales, en el hombre, se observan: hernias; volumen enorme ó pequeñez rudimentaria del pene, glande abultado (pene en forma de maza); fimosis; epispadias, hipospadias balánica ó pelviana ó escrotal; atrofia ó asimetría de los testículos, ó falta de uno de ellos, ó monorquidia, criptorquidia, anorquidia, rareza ó falta de espermatozoos, y en algunos la

ginecomastia; deseos genésicos precoces, impotencia más ó menos completa; excitación venérea y depravaciones ó rarezas genésicas. En la mujer, las anomalías de este género son quizás menos frecuentes que las del sexo masculino, así como éstas indican un grado más profundo de degeneración que no alcanzan las de aquélla: consisten, principalmente, en estrecheces é imperforación de la vagina, debido esto último á tabiques transversales de dicho conducto, que también puede presentarlos longitudinalmente; ausencia de ovarios y de trompas, generalmente de un solo lado; útero bicorne ó de dos cavidades más ó menos completas, amenorrea, polimastia, etc.

La piel también es asiento de estigmas de degeneración, algunos bastante característicos; alteraciones pigmentarias, como el albinismo, el vitíligo; nævi pigmentarios y vasculares; hipertrofias epidérmicas, como la ictiosis; en algunas comarcas se encuentra el mixoedema; son notables los que se refieren al sistema piloso, la abundancia excesiva ó escasez acentuada de tales apéndices cutáneos; según FÉRÉ son indicio de trastorno en el desarrollo de la extremidad superior del canal vertebral, los mechones de pelo y el doble remolino que de los mismos se encuentra en el cuero cabelludo; en el hombre, la rareza é implantación defectuosa en la cara y barba; y en la mujer, su abundancia en el rostro, etc.

Y para terminar, citaremos algunos correspondientes á la región laríngea y á la voz; la mudez, la voz infantil en la edad adulta, ó con tono y timbre correspondientes al sexo opuesto; las diversas alteraciones en la emisión y pronunciación de las palabras, como tartamudeo, ceceo especial, etc.; también por el lado del cuerpo tiroides se pueden encontrar alteraciones como hipertrofia, ausencia, etc., que á menudo se relacionan con el mixoedema y el cretinismo.

Todas estas alteraciones, todos estos estigmas que acabamos de estudiar, son tan frecuentemente fruto de la herencia,

en las diversas formas que ellos pueden revestir, que muy á menudo se emplea la frase de estigmas hereditarios, en lugar de estigmas de la degeneración, lo que no es cierto en absoluto, si bien realmente, ya que no en la totalidad, lo es en la mayoría de los casos.

2.º — *Lesiones de involución ó de desorganización*

Esta clase de trastornos están casi constituídos por los que se encuentran en la demencia y en las numerosas variedades de ésta; forman las degeneraciones de involución las desorganizaciones psíquicas, y sus lesiones se hallan así en el sistema nervioso central, como en los restantes del organismo, y por ende de sus funciones.

Por lo tanto, ahora no hacemos más que indicar cuáles sean, dejando su descripción detallada para cuando nos ocupemos de las afecciones mentales, de cuyo cuadro sindrómico y lesiones forman parte. Son psíquicamente: pérdida y debilidad de la memoria, en especial para los hechos recientes, lo que es muy característico é importante recordar en ciertos casos, en especial médico-legales; debilidad también de la memoria para las ideas y las palabras (amnesia intelectual y verbal); la atención voluntaria (poli-ideísmo) igualmente está disminuída; embotamiento de los sentimientos, de las afecciones y de las costumbres y hábitos de educación y sociedad y otros, conservándose, sin embargo, la inteligencia necesaria para el cumplimiento de los instintos y de los actos automáticos. Físicamente todos los órganos y sus funciones pueden estar atacados por la degradación y decadencia debidas á estas lesiones; pero, como se comprenderá con facilidad, lo serán más frecuente é intensamente los centros nerviosos y aquellos órganos y aparatos que en general sienten más pronto los efectos somáticos de la locura.

SECCIÓN SEGUNDA

CAPÍTULO PRIMERO

Clasificación de las enfermedades mentales

Aunque en realidad no entra de lleno en el objeto que nos hemos propuesto, ó sea en el de una guía de los afectos frenopáticos, ya que en manera alguna hemos tratado de escribir ni un Compendio, ni un Tratado de Frenopatía, y aunque nuestro fin primordial sea puramente práctico, creemos conveniente y no desprovisto de resultado el exponer siquiera en qué bases se fundan las clasificaciones nosofrénicas y la descripción de algunas, ya por ser las más características ó bien las más adoptadas en sus respectivos países, todo ello con el doble objetivo de dar á conocer en parte cuál es el estado actual de la frenopatía y de familiarizar al médico ajeno á la especialidad con la nomenclatura admitida por los alienistas para designar los cuadros y estados sindrómicos y las entidades ó especies morbosas bien fundamentadas.

Las distintas clasificaciones propuestas obedecen á un determinado número de puntos de vista, que las han servido de base según la doble circunstancia de cuáles eran los conocimientos que se poseían en el momento en que aquélla se formulaba, ó el criterio ú orientación que, así la psiquiatria como la medicina en general, tenían en el mismo instante. En cuatro grupos pueden dividirse las numerosas clasificaciones que se han propuesto: 1.° las *clasificaciones psicológicas*, en las que la base son los desórdenes psíquicos; 2.° las *clasificaciones sintomáticas,* cuyo

fundamento son los síntomas, ó sean los fenómenos con que se nos exteriorizan las locuras; 3.º las *clasificaciones etiológicas* ó *patogénicas*, basadas en las causas ó circunstancias que determinan el desarrollo de la dolencia; 4.º las *clasificaciones anatómicas* ó *anatomo-patológicas,* inspiradas en las lesiones orgánicas que se encuentran en las psicosis. HAMMOND admite seis métodos para la clasificación frenopática, ó sean el anatómico, el fisiológico, el etiológico, el psicológico, el patológico y el clínico ó sintomatológico; pero, si se reflexiona bien, se ve que tal división no es más que una repetición y que, en último término, todas las clasificaciones propuestas hasta el día entran en cualquiera de los cuatro grupos que primero hemos mencionado. Como se comprende á primera vista, las divisiones que aceptan el criterio sintomático y psicológico son defectuosas, por no estar basadas en lo esencial y característico de las dolencias las primeras, y las basadas en los datos psicológicos por haber varios estados psicopáticos de difícil determinación según dicho criterio. Las clasificaciones etiológicas y anatómicas son las más científicas, puesto que están más directamente relacionadas entre las causas y sus efectos, fundamento el más filosófico para el conocimiento de los hechos; mas el anatomo-patológico se halla con dificultades por ahora insuperables, porque son pocas las lesiones bien conocidas y determinadas, pues, en general, no son precisas ni bastante características, habiendo en este caso, como en el de la patología común, defraudado, en parte, la anatomía patológica las esperanzas que había hecho concebir. Nos queda el criterio etiológico, que también adolece de la pobreza de conocimientos que tenemos acerca de la etiología y patogenia de las alienaciones mentales. MOREL fué el primero que comprendió el valor de tal base é intentó, fundado en ella, formular una clasificación causal, y desde entonces la inmensa mayoría de los autores le han imitado, siguiendo sus huellas. Pero lo que hay de cierto es que, á pesar de todo, la totalidad ó la mayor parte de las clasi–

ficaciones en realidad son eclécticas ó mixtas, aunque otra cosa pretendan sus patrocinadores.

Vamos á copiar algunas de las más conocidas y vulgarizadas, ya por su boga en el país de su autor, ya como tipo de su respectivo método fundamental.

Clasificación de BAILLARGER

LOCURAS, PERVERSIONES FUNCIONALES

I. *Las locuras*

I. Locuras simples. (Las que, en caso de no curación, terminan lo más á menudo por la demencia simple).	Delirio parcial. Manía. Melancolía. Doble forma.
II. Locuras paralíticas. (Aquellas que, en caso de no curación, terminan lo más á menudo por la demencia paralítica).	Manía ambiciosa. Melancolía hipocondríaca.
III. Locuras intermitentes.	Locura intermitente simple. Locura de formas alternas.
IV. Locuras circulares.	Locura de doble forma continua.
V. Locuras de origen tóxico.	Locura alcohólica. Locura pelagrosa. Locura de origen palúdico, etc.
VI. Locuras asociadas á diversas neurosis.	Locura epiléptica. Locura histérica, etc.

DEMENCIAS, ABOLICIONES FUNCIONALES

II. *Las demencias*

I. Parálisis general (demencia paralítica).
II. Demencia senil.
III. Demencia sintomática de diversas afecciones circunscritas del cerebro.
IV. Demencia consecutiva á las vesanias.

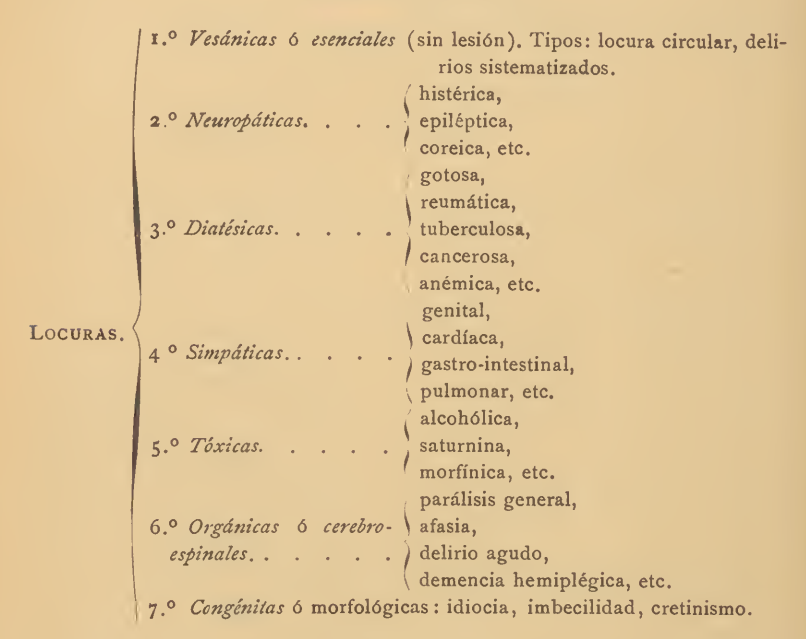
III. *Detenciones de desarrollo*

Idiocia.—Imbecilidad —Debilidad mental —Cretinismo.

Como se ve, esta clasificación que hemos expuesto por el indudable mérito y saber de su autor, se halla basada en la sintomatología, la anatomía patológica y la etiología; lo mismo pasa con las de MARCÉ y FOVILLE, y las tres no son más que la de ESQUIROL puesta al corriente de los adelantos de la freno-

patía; esta última y la de PINEL son verdaderas clasificaciones sintomáticas: igualmente es ecléctica la clasificación de MAGNAN, aunque dando más importancia al elemento sindrómico.

Clasificación de BALL



LOCURAS.	1.° *Vesánicas* ó *esenciales* (sin lesión). Tipos: locura circular, delirios sistematizados.	
	2.° *Neuropáticas.* . . .	histérica, epiléptica, coreica, etc.
	3.° *Diatésicas.*	gotosa, reumática, tuberculosa, cancerosa, anémica, etc.
	4.° *Simpáticas.*	genital, cardíaca, gastro-intestinal, pulmonar, etc.
	5.° *Tóxicas.*	alcohólica, saturnina, morfínica, etc.
	6.° *Orgánicas* ó *cerebro-espinales.*	parálisis general, afasia, delirio agudo, demencia hemiplégica, etc.
	7.° *Congénitas* ó morfológicas: idiocia, imbecilidad, cretinismo.	

Esta clasificación es puramente etiológica, ofreciendo, además, la particularidad de no admitir como especies morbosas la manía, la melancolía, etc., con lo que estamos plenamente de acuerdo.

Clasificación de LUYS. — La base de esta clasificación es completamente anatomo-patológica; las formas exaltantes ó maníacas son debidas á hiperemias del cerebro y las deprimentes ó melancólicas á anemias ó hiperemias pasivas con edema más ó menos acentuado; en las psicosis de forma doble, alternarían ambos procesos, así como en las formas parciales se localizaría la lesión en un punto ú otro del cerebro. Las psicosis morfoló-

gicas (idiocia, imbecilidad, etc.), las atribuye á osificación prematura de las suturas craneanas que impiden, por tanto, el desarrollo normal del cerebro. Este es el fundamento y grupos de la clasificación de LUYS que no se ha vulgarizado.

Clasificación de RÉGIS

I. — ALIENACIONES FUNCIONALES (Locuras, vesanias, psicosis)

Locuras generalizadas ó sintomáticas.	1.° Manía.	Manía subaguda (excitación maníaca). Manía aguda (manía típica). Manía peraguda (delirio agudo). Manía crónica. Manía remitente ó intermitente.
	2.° Melancolía ó lipemanía.	Melancolía subaguda (depresión melancólica). Melancolía aguda (melancolía típica). Melancolía peraguda (melancolía con estupor). Melancolía crónica. Melancolía remitente é intermitente.
	3.° Locura de doble forma.	Locura de doble forma continua. Locura de doble forma intermitente.
Locuras parciales ó esenciales	Locura sistematizada progresiva.	Primer estadio (locura hipocondríaca). Segundo estadio (locura de persecución, religiosa, política, erótica, etc.). Tercer estadio (locura ambiciosa).

II. — ALIENACIONES CONSTITUCIONALES (Degeneraciones, desviaciones, enfermedades mentales)

Degeneraciones de evolución (Vicios de organización)	1.° Desarmonías.	Defecto de equilibrio. Originalidad. Excentricidad.
	2.° Neurastenias.	Ideas fijas. Impulsiones. Abulias.
	3.° Frenastenias.	Delirantes (delirio múltiple de los degenerados). Razonadores (locura razonadora, locura moral). Instintivos (locura instintiva).
	4.° Monstruosidades.	Imbecilidad. Idiocia. Cretinismo. Mixoedema.
Degeneraciones de involución (Desorganización)	Demencias.	Demencia simple.

En cuanto se la examina aun superficialmente se ve en seguida que esta clasificación es completamente sintomática, sin ningún otro elemento como base; la transcribimos por la aceptación, con justicia merecida, que ha recibido la obra de su autor y en la que se describen las enfermedades mentales siguiendo tal plan.

Clasificación de HACK-TUKE

I. LOCURA PROTOPÁTICA

Idiocia.
Demencia hemiplégica.
Parálisis general.
Locura epiléptica.
Locura senil y locuras idio-funcionales.

II. LOCURA DEUTEROPÁTICA

Locura de la pubertad.
Locura uterina.
Locura climatérica.
Locura puerperal.
Locura reumática.
Locura sifilítica, etc.

III. LOCURA TÓXICA

Alcoholismo.
Locura pelagrosa, etc.

Esta clasificación, que su autor ha querido basar en el elemento patogénico, sin adaptarse á él por completo, es muy deficiente, pero parece estar bastante generalizada en los países anglosajones.

Clasificación de HAMMOND

I. — LOCURAS PERCEPTIVAS (en las que hay trastorno de una ó más de las percepciones).
a. Ilusiones.
b. Alucinaciones.

II. — LOCURAS INTELECTUALES (en las que las manifestaciones generales del desorden mental se refieren á la inteligencia y son de la naturaleza de las concepciones falsas (delirios alucinatorios) ó concepciones claramente anormales).
a. Monomanía intelectual con exaltación.
b. Monomanía intelectual con depresión
c. Manía intelectual crónica.
d. Manía razonadora.
e. Impulsos morbosos intelectuales subjetivos.
f Impulsos morbosos intelectuales objetivos.

III. — LOCURAS AFECTIVAS (el trastorno mental se refiere principalmente á las afecciones).

a. Monomanía afectiva.
b. Impulsos morbosos afectivos.
c. Melancolía simple.
d. Melancolía con delirio.
e. Melancolía con estupor.
f. Manía hipocondríaca ó melancolía.
g. Manía histérica.
h. Locura epidémica.

IV.—LOCURAS VOLITIVAS (por trastornos de la voluntad, bien por su predominio anormal ó por inercia).

a. Impulsos morbosos volitivos.
b. Abulomanía (parálisis de la voluntad).

V.—LOCURAS COMPUESTAS (en que se afectan de una manera marcada dos ó más facultades mentales).

a Manía aguda.
b. Locura periódica.
c. Hebefrenia.
d. Locura circular.
e. Katatonia.
f. Demencia primitiva.
g. Demencia secundaria.
h. Demencia senil.
i. Parálisis general.

VI. LOCURAS CONSTITUCIONALES (resultantes de un estado fisiológico ó patológico preexistentes ó de alguna influencia morbosa específica que afecta la economía).

a. Locura epiléptica.
b. Locura puerperal.
c. Locura pelagrosa.
d. Locura coreica.

VII. SUSPENSIÓN DEL DESARROLLO MENTAL.

a. Idiotismo.
b. Cretinismo.

Como se ve, el criterio que ha guiado á su autor en el desarrollo de esta clasificación es el psicológico; el hecho de poder ser considerada como modelo de las fundadas en este método, dentro del cual no puede ser más sistemática, y la importancia que el valer de HAMMOND le ha dado en su patria y fuera de ella, son las razones que nos han llevado á copiarla.

Clasificación de KRAFFT-EBING

A. AFECCIONES PSÍQUICAS DEL CEREBRO NORMALMENTE DESARROLLADO

I.—*Psico-neurosis*

1.° Estados primitivos curables.
- Melancolía.
  - Melancolía simple.
  - Melancolía con estupor.
- Manía.
  - Exaltación maníaca.
  - Manía aguda.
- Estupor ó demencia curable.
- «Wahnsinn» vesania propiamente hablando fuera de la melancolía y de la manía.

2.° Locura secundaria *(verrückheit)*.
3.° Demencia (terminal) (con agitación ó con afasia).

II. — *Degeneraciones psíquicas*

1.° Locura razonadora.
2.° Locura moral.
3.° Locura primitiva *(primäre verrückheit)*. { Con delirio de persecución. Con delirio erótico ó religioso.
4.° Obsesiones.
5.° Locura causada por las neurosis constitucionales. { Locura epiléptica. Locura histérica. Locura hipocondríaca. Locura periódica.

III. — *Enfermedades cerebrales con desórdenes mentales predominantes*

1.° Demencia paralítica.
2.° Sifilis cerebral.
3.° Alcoholismo crónico.
4.° Demencia senil.
5.° Delirio agudo.

B. Detenciones de desarrollo

Idiocia.
Cretinismo, etc., etc.

Clasificación de Schüle

I. Psicosis en los individuos de desarrollo órgano-psíquico completo

Psico-neurosis {
1.° *Psicosis del cerebro «válido»* (Psico-neurosis propiamente dichas).
a. Melancolía.
b. Manía (ciertas formas solamente) } con sus estados secundarios.
2.° *Psicosis del cerebro «inválido»* (Cerebro-psicosis).
a. Manías graves; furor, *mania gravis*.
b. Delirio sistematizado agudo, crónico y con estupor.
c. Demencia primitiva aguda. *Apéndice:* estupor alucinatorio.
d. Locura histérica, epiléptica é hipocondríaca.
Apéndice: α. Psicosis periódicas, circulares y alternantes.
β. Desórdenes psíquicos consecutivos á enfermedades somáticas no cerebrales (afecciones febriles, puerperio, etc.) y á intoxicaciones.

3.° *Estados perniciosos de agotamiento cerebral*.
a. Agotamiento cerebral agudo con peligro inmediato. Delirio agudo.
b. Agotamiento cerebral agudo con destrucción lenta (degeneración). Parálisis progresiva clásica.

CLASIFICACION ANATOMO-PATOLÓGICA DE LAS VESANIAS

POR

Arturo Galcerán

Clases	Subclases	Géneros	Especies	Variedades	Subvariedades
		Peri-meningo-encefalitis frontal proliferativa degenerativa.	Parálisis general progresiva: Lesión de la bóveda. » de la base. » bulbo-espinal. » neuro-vascular. De los degenerados.	Forma expansiva. » melancólica. » paralítica » convulsiva. » congestiva » circular.	Agudas. Crónicas. Simples. Complicadas con trastornos de las propiedades fundamentales de la inteligencia: *memoria, atención, voluntad, asociación, epilepsia, parálisis, afasia*, etc.
	1.ª Frontales	Peri-meningo-encefalitis frontal hiperémica.	Ideofrenias.	Exaltación maníaca. Manía general aguda. Delirio megalomániaco. Melancolía delirante.	
I Peri-encefalitis localizadas	2.ª Fronto-parietales	Peri-meningo-encefalitis fronto-parietal crónica exudativa.	Locura impulsiva.	Suicida, homicida, cleptómana, pirómana, etc.	
				Psico-alucinatoria.	Alucinaciones visuales. — Ceguera verbal.
	3.ª Parieto-occipitales	Peri-meningo-encefalitis parieto-occipital hiperémica.	» sensitiva.	Psico-hiperestésica. Emotiva, afectiva, pasional.	Lipemanía: Ansiosa, nostálgica, desesperatoria escrupulosa, duda.
		Peri-meningo-encefalitis témporo-occipital crónica.	» sensorial.	Alucinatoria. Hipocondríaca. Dipsománica.	
	4.ª Témporo-occipitales			Acenestésica.	Sordera verbal.
		Peri-meningo-encefalitis esfenoidal evolutiva.	» sistematizada prog. ó Paranoya.		
		Peri-meningo-encefalitis esfeno-basilar degenerativa.	Demencia melancólica.		
				Melancolía simple. Estupor.	Con conciencia, depresiva, perpleja.
			Locuras epiestesiopáticas: Hiperestesia retiniana.	Ilusiones ópticas. Alucinaciones ópticas.	
		Isquémicas. Neuro-paralíticas. Inhibitorias.	Hiperestesia timpánica.	Ilusiones acústicas. Alucinaciones acústicas.	
			» cerebro-espinal.	Locuras neuropáticas. Irritación cerebro-espinal.	Epiléptica, histérica, coreica.
	5.ª Vasculares		Locuras endo-estesiopáticas: Hiperestesia del simpático.	Menospáusica. Ginecopática. Puerperal. — Genitales Verminosa. Dispéptica. — Gastro-intestinal. Hipertrófica (Hepática). Art.-escler. (Cardíaca).	
		Arterio-esclerosis generalizada —Ateromasia.	Locura por ateroma	Demencia primitiva.	
		Diatésicas. *Hiperémicas.*: Meningo-encefalitis hiperémica.	» reumática.	Delirante.	
		» » úrica.	» gotosa.	Alucinatoria.	
		Infectivas caquécticas: Encefalitis proliferativa.	» sifilítica.	Depresiva-Exaltante. Pseudo-parálisis general.	
II Peri-encefalitis difusas	6.ª Parenquimatosas (*agudas*)	Peri-meningo encef. difusa regresiva.	» tuberculosa	Meningítica-Convulsiva Paralítica.	Epiléptica, histérica, coreica.
		» » » » » aguda tífica.	» tífica.	Estupor-Idiocia. Demencia.	
		Generativas: Lepto-meningo encef. » específica.	Delirio agudo vesánico.		
		» » » crónica degenerativa.	Locura pelagrosa.	Lipemanía alucinatoria impulsiva. Manía aguda.	
		Peri-meningo encef. interst. prolifer.	» saturnina.	Pseudo-parálisis general. Demencia.	
	7.ª Intersticiales (*crónicas*)	**Tóxicas.** *Escleróticas*: » » » difusa atrófica	» alcohólica.	Delirium tremens. Epiléptica. Lipemaníaca. Demencia. Pseudo-parálisis general.	
		¿ . . . . ?	» hidrargírica. » por el sulfuro de carbono. » nicotínica. » arsenical. » morfínica. » crónica incoherente		
	8.ª *Totius substantiæ*	Meningo-encefalitis regresiva atrófica. » » destructiva.	Demencia terminal.	General-Sistematizada.	
III Agenesias cerebrales	. . . . . .	. . . .	Imbecilidad.	Inteligencias atrasadas. Pobres de espíritu. Imbecilidad moral.	
			Idiotismo. Cretinismo. Aztequismo.		
			Locuras degenerativas.	Degenerativa-Hereditaria. Periódicas.	Circular-Doble forma-Periódica.

4.° *Cerebropatías psíquicas.* — Psicosis consecutivas á enfermedades orgánicas del cerebro, subagudas y crónicas (difusas y localizadas). Parálisis progresivas modificadas.

II. PSICOSIS EN INDIVIDUOS DE DESARROLLO ÓRGANO-PSÍQUICO DEFECTUOSO

a. Neurosis hereditaria. *Apéndice:* psicosis transitorias.
b. Locura hereditaria simple, locura por obsesión (enfermedad de la duda y del tacto). *Apéndice:* delirio sistematizado de los pleitistas.
c. Delirio sistematizado congénito.
d. Locura de los degenerados. — *Moral insanity.*
e. Idiotismo.

Estas dos últimas clasificaciones son sintomáticas, aunque difieren bastante en la manera cómo desarrollan dicha base; ambos autores gozan de merecida autoridad por su justa reputación, no sólo en su país natal, Alemania el último, é Imperio austro-húngaro el primero, sino también fuera de él.

En nuestra patria, aparte de la obra de nuestro querido y sabio maestro, el doctor GINÉ Y PARTAGÁS, y las lecciones clínicas sobre *Neuropatología y Psiquiatría generales*, del doctor GALCERÁN, no hay más tratados originales de Frenopatía, aunque sí varios y valiosos trabajos sueltos y monografías; así es que no es de extrañar no se encuentre ninguna clasificación de autor español, aparte de la de la obra del citado decano de la Facultad de Medicina de Barcelona. Debemos, sin embargo, hacer mención especial de la clasificación de nuestro estimado amigo y maestro el doctor GALCERÁN, antiguo director del Manicomio de San Baudilio del Llobregat, la que desarrolló y expuso en un trabajo presentado al Congreso internacional de Ciencias Médicas de Barcelona en 1888 (1). Esta clasificación es un laudable esfuerzo científico, un meritorio *tour de force*, que sólo puede realizar quien, como su autor, ha dedicado su vida

(1) *Ensayo de clasificación anatomo-patológica de las vesanias,* por D. ARTURO GALCERÁN Y GRANÉS, Barcelona, 1888.

por completo á la especialidad, habiendo, además, tenido á su cargo un manicomio con numerosísimo contingente de enfermos. En nuestro concepto hay en la citada clasificación mucho bueno, pero adolece del defecto de que aún no es abundante ni lo suficiente, ni bastante preciso y en algunos casos contradictorio, el caudal de hechos y datos de la anatomía patológica de las locuras; pero con todo, sólo merece plácemes su autor, y quizás lo que hoy es puramente hipotético, investigaciones nuevas lo confirmarán. Como se deduce de su lectura, tal división sistemática de las vesanias es pura y completamente anatómica.

Clasificación del Dr. Giné y Partagás

Orden 1.º—Locuras. . . .	Manía. Melancolía. Monomanía. Éxtasis. Locuras patogenéticas.
Orden 2.º—Demencias. . .	Parálisis general ó locura paralítica. Demencias propiamente dichas.
Orden 3.º—Defectos de desarrollo frénico. . .	Idiotismo. Imbecilidad. Niños atrasados. Inteligencias anormales. Cretines.

Esta clasificación, puramente ecléctica, se inspira, según el mismo Dr. Giné, en el deseo de que, «al propio tiempo que tienda á proporcionar alguna noción anatomo-patológica, inspire los fundamentos más esenciales de la semiótica y de la terapéutica.» El ser su autor un ilustrado frenópata español y muy querido maestro nuestro, motiva el que la hayamos copiado en el anterior cuadro, pues no está en consonancia con los conocimientos y estado actual de la Psiquiatria.

Podríamos copiar muchas otras clasificaciones, como las de Esquirol, Magnan, Morel, Marcé, Cullerre, Voisin,

Spitzka, Morselli, etc., pero esto sería prolijo y de ningún valor práctico; al transcribir las que hemos puesto sólo lo hemos hecho, como se dijo antes, con el objeto de que los ajenos á los estudios frenopáticos comprendieran mejor cuáles eran las corrientes que dominan en aquel campo, el objeto de estudio del mismo y de qué manera lo realizan los que á él se dedican.

CAPITULO II

Nosografía frenopática

Existen en Frenopatía varios estados, conjunto de síntomas, cuadros sindrómicos más ó menos perfectamente definidos, que por muchos, casi por la mayoría, han sido estudiados como si fueran especies nosológicas independientes, entidades autónomas por sí, cuando están muy lejos de constituir afecciones distintas, mientras que, como dice muy acertadamente BALL, sólo son «términos de patología general» comunes á diferentes estados morbosos, á diversas y variadas psicosis. Son en Patología mental lo mismo que en la Patología común la adinamia y la ataxia con relación á las enfermedades febriles, la asistolia á las del corazón, la uremia á las de los órganos renales y la dispepsia con relación á los afectos gastro-intestinales, etc.; á nadie se le ocurrirá, hoy día, admitir los síndromes que caracterizan los estados que se acaban de citar, como dolencias independientes; sino muy al contrario, sólo se reconocerán como expresión sintomática común a varias enfermedades de los respectivos órganos ó aparatos. Esta opinión no es sólo nuestra; son ya muchos los que en la actualidad participan de ella, y entre los que podríamos citar, además del ya mencionado y difunto catedrático de Enfermedades mentales de París, tenemos aquí en España al distinguido alienista Dr. GALCERÁN, que en distintos trabajos y en varias ocasiones la ha expuesto y defendido. Tales cuadros sindrómicos son: la *Melancolía*, la *Manía* y la *Demencia*, con sus respectivas

variedades. ¿Cómo es posible que sean especies, entidades morbosas autónomas, estados que se presentan y desarrollan por tan distintas causas, como la Demencia, término de la locura epiléptica, expresión de los afectos mentales de origen sifilítico ó manifestación clínica de la parálisis general, etc., y siempre ó casi siempre etapa final de la mayoría de Psicosis; la Manía de las histéricas y la Manía de los saturninos y tantas otras; la Melancolía puerperal, la pelagrosa y muchas más que podríamos citar? La sola exposición que acabamos de hacer basta, en nuestro concepto, para demostrar la verdad de la tesis que sustentamos.

Vamos, pues, á exponer los síntomas con que tales trastornos psíquicos se presentan á nuestra observación, así como las principales variedades que ofrecen y el curso que pueden seguir, para luego, en capítulos aparte, estudiar las enfermedades y circunstancias en que los encontramos. No nos ocuparemos ni de la etiología y patogenia, ni de la anatomía patológica de todos ellos, pues nos apartaría de nuestro propósito; haremos á lo más alguna indicación pronóstica ya que éste y la terapéutica serán objeto de capítulos especiales.

I. — DE LA MELANCOLÍA Y SUS VARIEDADES

La melancolía es el tipo de las alienaciones con depresión general, así en la esfera psíquica como en la somática. Por tanto, se la puede definir diciendo que es una psicosis con trastorno general de la inteligencia, con delirio de ideas tristes y reconcentración del espíritu y depresión del funcionalismo somático.

Varias formas puede revestir según distintas circunstancias, y de ellas nos ocuparemos después, mientras que ahora estudiaremos la melancolía simple aguda, que puede considerarse como el prototipo de todas ellas.

Melancolía aguda simple

La enfermedad tiene un período de invasión sumamente lento, al principio vago é indefinido, del que el paciente apenas se da cuenta, no sabiendo definir en qué consiste su malestar. Primero suelen presentarse trastornos gastro-intestinales que aparentan ser un catarro de dichos órganos: saburra, anorexia, estreñimiento; otras veces es una dispepsia la que inicia el mal. Al mismo tiempo se observa un insomnio molesto, que contribuye á agravar el malestar general y además la tristeza, el abatimiento, el adelgazamiento del cuerpo y alguna cefalalgia. Más ó menos pronto, á veces desde los primeros días, se inician los desórdenes psíquicos; el enfermo se preocupa del estado de sus negocios, teme por la seguridad de su fortuna, ó bien son el porvenir de su familia, su responsabilidad por hechos pasados, etc., las perturbaciones que de un modo insistente se implantan en su inteligencia, la que aún no parece estar alterada, á pesar de la fijeza de tales ideas y de la inquietud y ansiedad en que le ponen. Sólo algún acto, generalmente violento, lo más común alguna tentativa de suicidio, hacen fijar á las personas que lo rodean en la verdadera situación de dicho sujeto.

Después de un período más ó menos largo y en el que poco á poco se va agravando el cuadro descrito y van apareciendo síntomas nuevos, llegamos al período de estado de la dolencia.

Una vez desarrollada por completo la enfermedad, para hacerse mejor cargo de su sintomatología, dividiremos ésta en dos grupos: el de los desórdenes físicos y el de los trastornos psíquicos.

Empezaremos por estos últimos, siguiendo el orden con que nos hemos ocupado de cada síntoma en particular al hablar de los Elementos sintomáticos de la alienación mental. Son los más importantes y característicos los siguientes: una concentración

penosa del espíritu, un delirio especial, alucinaciones diversas, apatía é indiferencia, ansiedad y aprensión; los instintos amortiguados y entre los actos morbosos, como más frecuentes y peculiares, la resistencia á los alimentos y la tendencia al suicidio.

En su inteligencia se observa una depresión dolorosa y profunda, que les hace incapaces para los esfuerzos intelectuales espontáneos, y de aquí una notable limitación y fijeza de las ideas, dando todo ello por resultado, como si el ser por completo se hubiera replegado ó reconcentrado en sí mismo para una serie de pensamientos determinados, que le absorben en una como meditación continua. Tal estado parece ser compatible con una lucidez intelectual más ó menos completa, aparte y abstracción hecha de su delirio. Todo esto y los trastornos que á continuación expondremos dan lugar á un sentimiento profundo de fatiga moral y física.

El delirio es peculiar y característico, si bien variable en su manifestación externa, en la forma; sin embargo, es su fondo siempre el mismo é idéntico: lo constituyen un conjunto de ideas tristes, esto es, el enfermo se cree arruinado, impotente, con ideas vagas de persecución, hipocondríacas ó de envenenamiento, de deshonra, etc., y muy particularmente se acusa de culpas y crímenes puramente imaginarios, ó bien algún acto ligeramente reprensible de su vida pasada adquiere proporciones desmesuradas á sus ojos y contribuye á aumentar su angustia. Se creen, pues, perdidos, llenos de vergüenza; se atribuyen faltas imperdonables, por todo lo que se consideran condenados á terribles suplicios y hasta á la muerte; ya han ofendido á Dios con su conducta y sus pecados, como malas confesiones, sacrilegios, etc., por lo que son objeto de reprobación y merecen el infierno. Repróchanse todo cuanto hacen y dicen; laméntanse amargamente de que no estiman á sus parientes y que, muy al contrario, con su conducta y manera de proceder son causa de su ruina y hasta de su muerte. Su pusilanimidad es extremada, sin atreverse á

18

obrar ni ejecutar el acto más insignificante por sí solos. Créense gravemente enfermos, moribundos ó cuando menos incurables y que jamás podrán alcanzar la salud; que cuantas personas les rodean ó se les acercan son carceleros ó guardias suyos, ó verdugos y gente encargada de su castigo. Con motivo de las ideas delirantes de persecución que sufren los melancólicos, RÉGIS hace una atinadísima observación de gran valor diagnóstico por sí sola y es la diferencia de dicho trastorno con el delirio de los perseguidos; éstos inculpan á los demás de sus tormentos, no son ellos los causantes sino los extraños, mientras que los melancólicos se creen ellos los solos culpables y se acusan de todas las faltas; y es que en éstos hay un fondo de humildad en su perturbación delirante, así como en los perseguidos domina, si se quiere, una especie de egolatría; esta observación es, pues, de gran valor en ciertos casos dudosos.

Como se comprenderá fácilmente, tal desorden psíquico se ha de exteriorizar en el lenguaje y en el modo de expresarse estos enfermos: hablan poco y con una voz sorda y apagada, de una manera lenta y en un tono quejumbroso; para arrancarles alguna palabra hay que insistir y casi obligarles á hacerlo á la fuerza, pues espontáneamente no pronuncian más frases que las necesarias para exponer sus quejas y sus gemidos y lamentos; en algunos casos llega hasta haber un verdadero mutismo. A la inversa de lo que veremos sucede en los maníacos y en algunos perseguidos, estos enfermos escriben muy poco ó nada.

Las ilusiones y las alucinaciones son frecuentísimas, estas últimas casi constantes, contribuyendo á agravar el estado del paciente y determinando verdaderas crisis panofóbicas ó de terror; se presentan en uno ó varios sentidos, mas afectan de un modo especial el del oído; perciben á todas horas, pero marcadamente de noche, voces que les amenazan, les insultan, les reprenden por sus culpas, les acusan de sus faltas, etc.; el menor ruido les inquieta, creen que se les amenaza; si oyen alguna voz

ó grito son las recriminaciones de sus parientes, etc.; en suma, todos estos trastornos sensoriales auditivos tienen un carácter penoso y molesto, que agravan la depresión y tristeza del paciente. En sus noches de insomnio, muy particularmente, ven fantasmas, apariciones de difuntos, demonios, llamas, animales horrorosos que les atacan; en resumen, objetos y escenas terribles y fantásticas, rara vez personajes celestes ó cuadros más ó menos dramáticos, pero exentos de carácter de peligro ó insulto. Perciben olores repugnantes, sulfurosos, de animales descompuestos; encuentran sabores de veneno, de cosas podridas, etc. Pero las alucinaciones é ilusiones no se concretan sólo á los órganos de los sentidos especiales, sino que también se afecta la sensibilidad interna siendo variadas é igualmente de carácter molesto, sobre todo en los intestinos ú órganos genitales: creen tener gusanos, ratones ú otros animales en su vientre y que les roen las entrañas; que son objeto de tocamientos y así por este tenor.

En el orden moral y afectivo es de notar una grande indiferencia y apatía aun para lo que más les interesa y atañe á ellos ó á sus más allegados parientes, hacia los que á menudo experimentan grande aversión y desvío; en otros casos pasa lo contrario, su afectividad se exalta, pero de un modo enfermizo, llenándose de preocupaciones por su familia. La abulia es patente; indecisos, no saben por qué decidirse, por lo que están ansiosos y desasosegados.

Los instintos, efecto de la depresión general, están amortiguados y en muchos casos sólo obran por automatismo.

Efecto, pues, del estado de sufrimiento que hemos referido, no es de extrañar que en los melancólicos la vida llegue á serles una carga enojosa y que, por tanto, aparezca y germine en su espíritu la idea del suicidio, con objeto de escapar á los castigos imaginarios, de no ser testigos de su deshonra, etc. Pero este acto siempre ó casi siempre ofrece los caracteres de indecisión é impotencia que les caracteriza; quisieran matarse y no lo reali-

zan por incapacidad para llevar á cabo los esfuerzos necesarios para ejecutarlo; carecen de la iniciativa y decisión indispensables y sólo efectúan tentativas, unas veces ridículas, muchas pueriles, como tragar alfileres, pedazos de cristal, rodearse el cuello con una cuerda ó con un pañuelo para asfixiarse ó colgarse y dejárselo puesto sin pasar adelante; con tijeras, cuchillos y otros objetos análogos hacerse rasguños y cortaduras al fin de poca importancia, pareciendo todo como un simulacro de suicidio; pero con todo hay que estar en guardia y vigilarlos cuando tal idea manifiestan ó se les sospeche, porque efecto de un acceso panofóbico ó por una impulsión súbita que da lugar á un raptus melancólico, pueden realizar su intento clavándose un cuchillo, arrojándose á un río ó al mar, ó tirándose por un balcón, etc. Algunas veces, y esto sucede generalmente cuando en el delirio se encuentra un fondo religioso y las alucinaciones tienen también este carácter, pueden llevar á cabo un homicidio por los motivos que expusimos al estudiar esta impulsión irresistible.

Hay otro acto morboso también característico de los melancólicos; nos referimos á la resistencia y negativa á alimentarse. Es frecuentísimo en un grado más ó menos persistente; no comen, porque creyéndose arruinados no pueden satisfacer el importe de los alimentos; dicen que no tienen apetito, que se han propuesto ayunar como penitencia de sus faltas; otras veces aceptan manjares groseros en señal de humildad; algunos se resisten por temor á ser envenenados. Pero la sitofobia de los melancólicos es distinta de la de los perseguidos: éstos son tenaces y en aquéllos se encuentra siempre el sello característico, la indecisión, la abulia, pues en determinados casos su resistencia cede si se les hace comer como á los niños, obligándoles, exhortándoles; en algunos otros hay que recurrir á la alimentación forzada por medio de la sonda de un modo más ó menos insistente y por tiempo vario.

Los desórdenes diversos de la sensibilidad, de que luego

nos ocuparemos, son la causa de un delirio de carácter hipocondríaco: están en la firme convicción de que carecen de boca y de intestinos, y que éstos, si acaso existen, están obstruídos; que no pueden orinar; que están descompuestos y podridos; que les falta la cabeza, ó bien los miembros ú otras partes del cuerpo; que sólo son cadáveres ó fantasmas y no seres vivos; que se han transformado en animales; que han cambiado su personalidad, y así á este tenor. Efecto de estos trastornos y por una serie de juicios y deducciones metafísicas, se creen inmortales, pero expuestos á ser enterrados vivos, etc., etc., ya que estas ideas pueden variar al infinito, pero siempre con el carácter penoso y molesto de las descritas y siendo causa de una ansiedad y desasosiego que en algunas de las formas, que después estudiaremos, se acentúan en grado sumo, mientras que en la melancolía aguda simple, de que ahora tratamos, no hacen todos estos últimos trastornos delirantes más que esbozarse.

Los desórdenes somáticos ó físicos también son variables y numerosos, debiendo hacer notar de paso que en la manía ó en los síndromes de excitación los síntomas físicos son en menor número y de importancia más remisa que los de la melancolía.

En unos enfermos el dolor y el sufrimiento psíquicos no despiertan reacción alguna somática, y éstos son los deprimidos; y al revés, en otros, el desorden y la pena ocasionados por el delirio se exteriorizan en una ansiedad y en una agitación más ó menos graduadas, siendo éstos los exaltados y llegando á ofrecerse el *summum* de esta reacción en la melancolía ansiosa, como veremos al ocuparnos de ésta. Como se comprende, ambas modalidades se dejan conocer, en cierta manera, por su hábito exterior, por su actitud, fisonomía, etc.

Los deprimidos, aquellos cuyo aspecto externo no deja traslucir en parte su desorden psíquico, presentan un aire triste, abatido en grado más ó menos profundo, la cabeza baja; su fisonomía demuestra el abatimiento, la mirada apagada, los

ojos fijos, los rasgos y la expresión tristes, cara adelgazada y pálida, frente arrugada y boca contraída; como todo indica la depresión característica de su enfermedad, permanecen inmóviles, quietos ó bien con movimientos torpes, lentos y como pesados, los brazos caídos á lo largo del cuerpo. Sólo en virtud de excitarles á ello, se visten, se levantan, andan y comen, pues son incapaces de hacerlo *motu proprio* y de asearse y cuidar de su persona, por lo que hay que dirigirles, á pesar de la resistencia é inercia pertinaces que á veces ofrecen, así como algunos obstínanse en permanecer en cama por su gran postración.

Los melancólicos que reaccionan á su dolor, á pesar de ello siempre ofrecen el sello de depresión é inercia fundamentales. Su cara demuestra la inquietud, la mirada con un brillo particular, la expresión de su fisonomía es la de la ansiedad, de la angustia ó del terror; así como aquéllos apenas hablan ó sólo exhalan algún suspiro profundo, éstos, al contrario, prorrumpen en llantos, en lamentos, en quejas, en gemidos dolorosos; demuestran su desesperación en ciertas frases é imprecaciones; á menudo están en continua agitación y movimiento que manifiestan su angustia; se arrancan los cabellos, se abrochan y desabrochan, etc.; pero frecuentemente ejecutan movimientos automáticos, monótonos y repetidos; se golpean el rostro, retuercen las manos, se arañan, y así por el estilo.

Estos dos cuadros, que cuando son tan completos como hemos acabado de referir casi constituyen la sintomatología del estupor melancólico y de la melancolía ansiosa respectivamente, en la melancolía simple raras veces alcanzan tal extremo; pero en todo caso se encuentran, además, los siguientes síntomas comunes á las dos variedades:

El insomnio es casi la regla; pero cuando llegan á conciliar el sueño, éste es entrecortado por pesadillas, ensueños y alucinaciones más ó menos pavorosas; de aquí que no sea reparador, sino al contrario penoso y contribuya á agravar el delirio.

Los desórdenes de la sensibilidad son diversos: las impresiones recibidas son generalmente dolorosas, pero lo más común es una anestesia de todos órdenes, á veces completa, y que junto con la analgesia explica las mutilaciones que algunas veces se infieren. En determinados casos se encuentran fenómenos hiperestésicos. La anestesia muscular nos da cuenta de algunas actitudes extrañas que se les observan; de la caída de los miembros y de cierto estado cataleptoideo que puede verse en algunos enfermos. Los sentidos especiales han perdido algo de su agudeza normal, por lo que no es de extrañar la dificultad de percepción dada la lentitud de su funcionamiento.

Hablan, cuando lo hacen, que generalmente es por estímulo reiterado, en voz baja, apagada y como temblona, emitiendo la palabra de un modo lento y monótono y por lo común monosilábicamente.

Las modificaciones que sufre la respiración son importantes; es lenta, superficial, con su ritmo retardado, á veces como á sacudidas; en ocasiones, aunque raras, con alguna frecuencia; pero siempre resulta una respiración incompleta y en número inferior al que proporcionalmente corresponde con el ritmo cardíaco. De todo esto se deduce que la hematosis se efectúa de un modo deficiente y la sangre no se oxigena convenientemente: este estado de semiasfixia hace que las combustiones orgánicas sean incompletas; que haya enfriamiento general, sobre todo en las extremidades; que la piel esté cianótica, cianosis que se evidencia más en las manos, nariz, orejas y labios; ello explica el abotagamiento por edema de la cara y las congestiones pasivas, sobre todo de los pulmones, que presentan algunos melancólicos.

La energía contráctil del corazón está amortiguada; la frecuencia del pulso varía; unas veces está muy aumentada, en otras disminuye en grado extremo, según la intensidad del delirio y la existencia, forma y frecuencia de las alucinaciones. La

elasticidad arterial está también aminorada, contribuyendo esta depresión circulatoria al enfriamiento del cuerpo que hemos mencionado antes, y que á veces alcanza hasta 4 grados por debajo de la cifra normal.

Las funciones digestivas se encuentran constantemente alteradas en la melancolía, agravándose en su período de estado los síntomas de catarros gástrico é intestinales que en el prodrómico se observaron. Los labios y las encías, así como la lengua, suelen estar secos y aquéllos cubiertos de mucosidades más ó menos concretas y hasta de fúligo, debido sin duda á un estado infectivo por descomposición de los productos contenidos en estas vías; al empacho gástrico, al estado dispéptico frecuente con hiperclorhidria cabe atribuir la inapetencia y anorexia que estos enfermos presentan, sin que por eso deba desconocerse la influencia que en su producción tienen los trastornos delirantes; algunas veces se observa la coprofagia. La ingestión insuficiente de alimentos y las alteraciones del quimismo digestivo contribuyen al adelgazamiento y desnutrición de estos alienados. Su aliento á veces es fétido y repugnante y en particular en los que no comen.

Pero el síntoma de este orden más constante y de grande importancia es el estreñimiento; ya expusimos en otra ocasión á qué era debido este desorden, por lo que no reproducimos aquí cuáles son tales condiciones; sólo haremos mención de que á veces este trastorno obedece, además de las alteraciones somáticas, á la influencia del delirio. Es sumamente pertinaz y rebelde, lo que no es de extrañar dada su patogenia.

Las secreciones todas están disminuídas. Por la falta de transpiración, la piel se pone seca, como sucia (á lo que contribuye el desaseo), rugosa y escamosa, térrea, lívida y sin la elasticidad propia. La saliva viscosa; en algunos casos puede haber sialorrea. La orina poca y con sedimentos.

Las funciones genitales amortiguadas y á veces la actividad sexual está abolida. Las reglas habitualmente suprimidas, siendo

de notar que en la época crítica se observan algunas metrorragias. Hay melancólicos que se entregan á la masturbación, pero por excitación de origen orgánico.

Como en todas las enfermedades, no hay ningún paciente que presente el cuadro completo descrito, ni en la intensidad á que hemos visto alcanzaban algunos trastornos, pues en estas circunstancias ya se confunde la melancolía simple con alguna de las otras formas que estudiaremos más adelante.

La melancolía aguda simple termina ó por la curación, que es bastante frecuente, ó por la muerte, cosa rara en ella, fuera de aquellos casos que recae en sujetos muy debilitados, ó bien por el paso al estado crónico. La curación se efectúa por el retorno del sueño, disminución de los demás síntomas somáticos de un modo progresivo; gradualmente desaparecen las alucinaciones y los demás trastornos sensoriales, mejora el estado intelectual y á la par la nutrición es más completa, engruesando el paciente y aumentando de peso. Durante un período más ó menos largo, según la intensidad que ha tenido la dolencia, se nota una depresión física y una obtusión intelectual, que al fin acaban por desaparecer también, en la generalidad de las veces.

Formas de la melancolía

No hay unanimidad de pareceres en cuáles sean las formas clínicas que puede presentar la melancolía, lo que es otro argumento en pro de los que la consideran como un síndrome y no como una especie nosológica autónoma; la clasificación de Sollier, aunque un poco artificial, demostrará mejor que cualquier otro razonamiento cuanto hemos expuesto, y sobre todo que muchas formas, por no decir todas, no son más que gradaciones de la melancolía simple ó meras variedades del tema ó fondo delirante.

Cuadro sinóptico de las Melancolías, según SOLLIER

Según la intensidad.	Depresión melancólica con conciencia. Melancolía simple. Melancolía ansiosa. Melancolía con estupor.
Según la naturaleza del delirio..	Melancolía religiosa. Melancolía persecutoria. Melancolía hipocondríaca.
Según la causa	Melancolía puerperal. Melancolía senil. Melancolía de los onanistas. Melancolía relacionada con la fiebre tifoidea. Melancolía reumática ó debida al reumatismo. Melancolía sifilítica. Melancolía alcohólica. Melancolía de la epilepsia Melancolía de la corea. Melancolía del bocio exoftálmico.
Según el estado que complica. .	Locura de doble forma. Parálisis general.
Según la marcha.	Melancolía crónica. Melancolía periódica.

En nuestra opinión sólo tienen valor clínico, ya por la frecuencia con que se presentan, ya por verdadera diferencia en el cuadro sintomático y por otras particularidades, las formas correspondientes al primero y al último grupos, ó sean las formas según la intensidad y según la marcha; las demás son puramente episódicas de los afectos ó dolencias fundamentales y las del segundo grupo ó de la naturaleza del delirio, las únicas entre éstas que tienen una diferenciación frenopática, si bien algo secundaria, como lo es el tema delirante. Daremos una sucinta noticia de las formas clínicas bien caracterizadas, dejando para más adelante estudiar las variedades, expresión de alguna causa ó afecto morboso que las determina, ó sea al tratar de las locuras simpáticas y sintomáticas.

Depresión melancólica

Esta variedad es también conocida con los nombres de *Melancolía con conciencia* y de *Melancolía subaguda.*

El principio suele ser más rápido que en la melancolía simple, alcanzando prontamente el estadio de completo desenvolvimiento del mal. Hecho notable que conviene dejar sentado, es la conciencia que tienen estos enfermos de su estado; así es, que caracteriza á esta afección la lucidez que en general presentan los que la sufren, y aparte de la convicción profunda que manifiestan de la incurabilidad absoluta de su melancolía y del temor que con frecuencia les preocupa de volverse locos, casi puede decirse que no se les observan otros trastornos delirantes y aun éstos, como veremos, no son absurdos de por sí. BALL hace notar que esta clase de enfermos se encuentran pocas veces en los Manicomios y en los Asilos particulares, lo que no es de extrañar dada la índole y modo de ser de los trastornos psíquicos.

La manera como suele empezar es, ya por medio de un presentimiento de algo malo que les ha de sobrevenir ó de una enfermedad, etc. Nótase á la primera impresión un sentimiento general de abatimiento y de tristeza, una falta de energía, así como á veces alguna inercia; luchan contra su estado, pero en vano, y continúan muchos dedicándose á sus quehaceres habituales. Lo más predominante es la depresión general, que en algunos les lleva á una apatía pronunciada; aman la quietud, el aislamiento, por lo que se encierran y alejan del trato social. La tristeza se acentúa siempre bastante; lloran y se desesperan sin motivo.

Algunos presentan un delirio poco marcado y con respecto al que BALL hace notar, que las ideas que lo constituyen no son absurdas en sí, sino que lo son por la exageración de su intensidad; el tema del delirio suele ser hipocondríaco, de persecución

ó religioso; se comprende que este trastorno psíquico no se presente y que cuando existe no revista la importancia que tiene en otras locuras, teniendo en cuenta que no se observan en estos enfermos alucinaciones y que estos desórdenes sensoriales despiertan muchas veces las ideas delirantes ó cuando menos las dan forma y base; esta ausencia de alucinaciones es de gran valor diagnóstico, pues no la encontramos en las demás variedades de melancolía. La presencia ó la falta de delirio en la depresión melancólica han servido de fundamento á RÉGIS para admitir dos subvariedades: la delirante y la no delirante.

La tristeza, el *tœdium vitæ,* el temor á la locura, etc., impulsan algunas veces á estos enfermos al suicidio. BALL observa acerca de esto lo siguiente: «Voy á formular una paradoja que puede ser os chocará, pero que encierra una verdad importante bajo el punto de vista clínico. La tendencia al suicidio es un fenómeno muy poco grave bajo el punto de vista psicológico. Es uno de los desórdenes que invaden más fácilmente los cerebros débiles, y esto sin ninguna intervención de la alienación mental. Una contrariedad pasajera basta para evocarla, un viento favorable para disiparla. Es, pues, absolutamente verdad que la parálisis de los esfínteres y el desaseo son signos infinitamente más graves, bajo el punto de vista del pronóstico mental, que la impulsión al suicidio. Esta tendencia, á pesar de su gravedad, bajo el punto de vista de las consecuencias inmediatas, no tiene una significación fatal, y puede fácilmente disiparse.»

Como síntomas psíquicos sólo nos resta mencionar la misantropía que se observa en algunos enfermos, la abulia en gran número de ellos y en muchos cierta torpeza intelectual y lentitud en la asociación de ideas, principalmente de conceptos abstractos. Hecho raro en los melancólicos, pero que presentan algunos de los que sufren la depresión melancólica, es la impulsión al homicidio, que pocas veces llegan á realizar, pues resisten á ella.

Los síntomas somáticos en esta forma son poco numerosos:

los más frecuentes é importantes son cierta lentitud ó languidez en las funciones de la nutrición general, insomnio y de un modo más marcado el estreñimiento tan propio y característico de este género de dolencias.

Del mismo modo que evoluciona rápidamente hasta alcanzar su período de estado, también después de un tiempo más ó menos largo sobreviene la curación de una manera rápida; la muerte sobreviene alguna vez y en este caso generalmente debida al suicidio. Pero aparte de esta última contingencia, el pronóstico es algo más grave que en la melancolía simple, por la circunstancia especial de que esta enfermedad sobreviene por accesos; las recidivas son casi constantes, pues después de un período de lucidez cuya duración es indeterminada, á veces de años, en el que el enfermo ha podido dedicarse completamente á sus trabajos habituales, de nuevo se presenta otro acceso y así sucesivamente.

Melancolía ansiosa

Desde el principio de la enfermedad puede presentarse el carácter que la distingue, pero lo más común es aparentar una melancolía simple en la que, más ó menos á menudo y sin causa que lo motive, se presentan accesos de angustia penosa é indeterminada, que poco á poco van siendo más frecuentes hasta constituir el fenómeno primordial. Hemos dicho ya repetidas veces que el carácter fundamental y típico de la melancolía en general era la inercia, la inmovilidad, el horror al movimiento, pero en la melancolía ansiosa, al contrario, domina la agitación extraordinaria, una necesidad de movimiento que se distingue de los mismos desórdenes de la manía por el carácter triste del delirio.

El hecho capital de la melancolía ansiosa es, pues, la angustia y la panofobia; desde el principio los citados accesos pueden

hacer prever la enfermedad y la forma en que ésta va á presentarse. Siente el enfermo una sensación penosa y molesta en grado sumo en el epigastrio y en la región precordial; esta sensación dolorosa se manifiesta como una constricción ó una presión que, ocasionándole un gran sufrimiento, se extiende hasta el cerebro como una aura (CULLERRE, SOLLIER), dando lugar al estado emocional y á la agitación grande que presenta el enfermo. La reacción motriz es acentuadísima, el paciente va y viene incesantemente haciendo gestos de desesperación; llora, gime y suspira; laméntase de un modo continuo y sus quejas son siempre las mismas, prorrumpiendo en gritos á voces; en suma, se encuentra en un estado sumamente lamentable de angustia y ansiedad. Resístese de un modo tenaz á lo que se le pide ú ordena. Otras veces es presa de paroxismos con gritos de terror, acompañados de alucinaciones horrorosas é impulsos obsedantes, que le incitan á fugarse para huir de sus tormentos, ó bien intenta el suicidio ó una tentativa de homicidio, si bien rara vez esta última, como sucede en todos los melancólicos, ó una auto-mutilación. Las ideas delirantes que presentan estos enfermos son siempre tristes y de desesperación, expresadas á veces de un modo incoherente; puede observarse también el desdoblamiento de la personalidad.

La melancolía ansiosa es perfectamente curable y según BALL nunca evoluciona hacia la demencia; alcanzada la curación recobra el sujeto la plenitud de su inteligencia. Debe, sin embargo, tenerse en cuenta que á veces puede recidivar y presentar nuevos accesos.

Melancolía con estupor

Estudiada también con los nombres de *Estupor melancólico*, *Melancolía peraguda*, *Melancolía atónita*, y en determinados casos con el de *Catatonia*, es aún considerada por algunos como

entidad morbosa, si bien relacionada con la melancolía, distinta de la misma.

BAILLARGER en 1843 dió á conocer la verdadera naturaleza del estupor melancólico, que hasta entonces y siguiendo las opiniones de PINEL se le confundía con la idiocia, y según ESQUIROL, con la demencia, de la que era una variedad, *la demencia aguda;* pero el citado alienista hizo patente que no era la pérdida de la inteligencia el fondo psíquico de esta enfermedad, sino que, muy al contrario, existe un delirio de los más terribles. El estupor, por otra parte, es un estado morboso que se encuentra con frecuencia en los afectos frenopáticos, pero nunca con la frecuencia que en la melancolía y sin ofrecer el delirio tan característico del mismo, sino que como veremos más adelante, se considera como la forma pasiva del estupor; de aquí el que algunos, BALL entre otros, lo estudian aparte de la melancolía, pero en realidad y en la práctica, con BAILLARGER lo hemos de considerar como la forma más aguda, como la variedad más intensa de dicha alienación depresiva; DAGONET, al conjunto de síntomas que lo constituyen, los denominó *estupemanía,* considerándola también como cuadro sindrómico episódico de la epilepsia, histerismo, parálisis general, etc.

El estupor, en estos últimos casos, está caracterizado «por la suspensión más ó menos completa del ejercicio de las facultades intelectuales y la ausencia de todo delirio» (CULLERRE). Es un estado verdadero de estupidez, es el estupor de forma pasiva, distinto del descrito por BAILLARGER, que presenta un intenso delirio, que es el más frecuente y el que se encuentra especialmente en los melancólicos, constituyendo la forma activa.

Rara vez empieza la enfermedad con este estado *d'emblée,* como dicen los franceses, sino que presenta como la exageración y consecutivamente á una melancolía simple ó ansiosa; rarísimas veces estalla de repente á consecuencia de un terror súbito é intenso, una emoción violenta é imprevista, etc.; pero, como hace

notar acertadamente Etoc-Demazy, se trata de individuos que tenían ya el cerebro débil. Las distintas etapas de la vida genital, como la pubertad, la menstruación, la menopausia y, según parecer unánime, el puerperio, son circunstancias en las que frecuentemente se observa.

La actitud que guarda el enfermo, la expresión de la fisonomía, sin ser la misma en todos, es tan especial que llama en seguida la atención. Unos tienen los rasgos de la cara contraídos, los ojos bajos y fijos constantemente; en otros no hay contracción facial, la fisonomía sin expresión, la mirada tonta como del que mira sin ver, la boca entreabierta dejando escapar la saliva: es decir, algunos ya indican la naturaleza dolorosa de su delirio, otros no expresan ninguna impresión interior. La depresión de la actividad general del organismo alcanza un grado extremo; toda expresión de actividad está concentrada en su vida intelectual que nada deja transparentar. Absolutamente inmóviles, quietos, con los brazos caídos y colgantes, inertes, no andan, no comen, no hablan, no ejecutan el menor gesto ni el menor movimiento; días enteros permanecen de pie ó conservando largo rato posiciones inverosímiles, que el individuo sano no sería posible las resistiera cortos momentos.

Uno de los primeros trastornos psíquicos que pueden presentarse y que merece llamar la atención por su valor, es la pérdida del sentimiento del pudor, que según Ball es un verdadero termómetro intelectual. Otro es la más grande indiferencia para todo, aun para aquello que más interese al enfermo ó hacia un peligro por inminente que sea. Pero contra lo que parecen indicar todos los síntomas, ó sea una falta de vida cerebral, el paciente está inerte é indiferente por absorberle y como reconcentrarle por completo la intensidad del desorden, de la lucha que en el interior de su inteligencia tiene lugar. Numerosas alucinaciones extrañas, terroríficas y espantosas contribuyen á formar un cuadro lleno de visiones, que molestan en grado sumo al alienado;

precipicios insondables, incendios que amenazan abrasarle, animales inmundos, repugnantes ó fieros que cree van á devorarlo; en fin, escenas de muerte, de devastación ú horrorosas, acompañado todo ello de ilusiones por las que se figura que las personas que se le acercan son enemigos que van á asesinarle, ó un animal cualquiera, un lobo, y así por este tenor, según refieren los enfermos que vuelven al estado de salud; realizada la curación les parece como si salieran de un ensueño, de una enervante pesadilla, durante la que les era imposible ejecutar acto alguno para desecharla.

En algunos pacientes, no existe este delirio ó ninguno; su inteligencia es obtusa y como agobiada, en términos que algunos dicen que nada pensaban; no presentan ni alucinaciones, ni ilusiones, sólo una tristeza indefinida, profunda, como una especie de inhibición psíquica; así como en los primeros, también, según Ball, se trata de una inhibición, pero que recae en la vida somática. Este es el estado psíquico característico de la forma pasiva del estupor melancólico.

En tal depresión psíquica ó somática puede permanecer el enfermo meses enteros, ya echado en cama, ya de pie ó sentado sin moverse días enteros, cuando algunas veces, sin causa aparente ó por una alucinación, etc., sale de repente de su estado de torpeza y presa de un furor súbito intenta agredir á alguien, ó destrozar lo que encuentra á mano; ó bien se pone á gritar, cantar, correr, etc., como si fuera presa de un acceso maníaco, para al cabo de un tiempo más ó menos largo, sólo de horas en general, volver á sumirse en la inercia y estupor anteriores.

Hemos dicho ya que á veces guardan posiciones inverosímiles, debido á un estado de semicontractura, á alguna rigidez; que, por otra parte, permite conserven la postura que se les da, como si hubiera un estado cataleptoideo.

La sensibilidad está perturbada en extremo; la anestesia sumamente acentuada, así en la sensibilidad externa, como en la

interna, en la general, como en la especial. Las pupilas por lo común dilatadas sin que reaccionen á la acción de la luz; puede excitárseles la úvula, la faringe, etc., sin determinar ni el menor asomo de náusea. La pérdida de la sensibilidad, la anestesia del tubo digestivo es tan completa que los alimentos permanecen largo tiempo en el estómago sin producir el estímulo necesario para que se realice la digestión.

La sensación del hambre está sumamente amortiguada, ó por la paresia del movimiento dejan de efectuar los actos necesarios para satisfacer tal necesidad; otras veces la sitofobia es real y verdadera, efecto del delirio ó de alucinaciones, como creer que se les obliga á comer carne humana. La astricción de vientre, el estreñimiento es habitual, sin que por eso dejen los enfermos de ensuciarse sobre sí mismos y de presentar diarrea en los casos en que se desarrolla el marasmo.

La piel es obscura, como ennegrecida por el depósito de pigmento á consecuencia de las combustiones incompletas (BALL), rugosa y seca, fría, y sobre todo en las extremidades ó puntos lejanos de la periferia cianótica. Y es que, efecto de la lentitud con que se verifican las funciones todas, la temperatura está disminuída en décimas de grado, y, según BALL, en el recto puede llegar á marcar nada más que 35°. La respiración es superficial y rara; la circulación perturbada, latiendo el pulso de un modo lento y deprimido; sin embargo, hay enfermos en que es regular su frecuencia. Las secreciones se encuentran sumamente disminuídas de una manera general, salvo en algunos casos de significación funesta, según DAGONET, en que se observa una verdadera sialorrea.

La menstruación está suprimida de un modo constante.

La marcha del estupor melancólico suele ser continua, salvo los accesos de agitación que hemos mencionado; se termina ordinariamente por la curación; pero si se prolonga por largo tiempo ó la depauperación orgánica es grande, puede el maras-

mo físico producirles una decadencia tal, que la muerte sea su fin. Debemos hacer notar la frecuencia con que en estos enfermos se presentan congestiones pasivas y gangrenas, y de un modo especial la gangrena pulmonar.

Melancolía crónica

Todas las formas de melancolía descritas y algunas otras secundarias por su importancia y que bien pueden referirse á las estudiadas, presentan como una de sus terminaciones el paso al estado crónico. Se realiza esto, ó bien por la repetición de accesos agudos de melancolía, cuyos intervalos de lucidez van siendo cada vez más cortos, á la par que se va efectuando un cambio especial así en el síndrome psíquico como en los síntomas somáticos, ó ya por la evolución de la dolencia se verifica tal transformación, á la que contribuye mucho la tardanza en someter al enfermo á un tratamiento conveniente.

Los trastornos somáticos se mitigan en parte adquiriendo la vida orgánica algo de su regularidad y mejorando la nutrición general del enfermo, que á veces hasta puede llegar á ocuparse en trabajos que no exijan un esfuerzo cerebral.

Las alucinaciones en parte desaparecen ó disminuyen su variedad é intensidad, así como los distintos trastornos psíquicos se simplifican bastante.

En la forma simple las ideas delirantes se modifican, limitándose á un cierto número, pero éstas adquieren más fijeza y en esta variedad suelen ser de tema religioso ó de persecución, presentando como una sistematización del delirio, cosa que ha dado lugar á que por algunos alienistas se conociera esta dolencia con los nombres de *paranoia secundaria melancólica* ó *locura sistematizada secundaria de tipo melancólico.* Los trastornos delirantes se encuentran sostenidos por las alucinaciones que persisten, siendo de notar un cierto grado de depresión general.

La melancolía ansiosa llega á ser crónica por la misma evolución que la anterior, pero el delirio ofrece en términos generales ciertas modalidades características que la distinguen. El tema de las ideas delirantes suele ser de orden hipocondríaco y lo más á menudo absurdo; los enfermos creen que no tienen boca; que están muertos, descompuestos, ó bien que carecen de sexo, de edad, etc.; que no existen, ó que nada hay, siendo frecuente que terminen por presentar el desdoblamiento de la personalidad.

Algunas veces los melancólicos crónicos pueden manifestar ideas de grandeza de un carácter especial, que podríamos llamar delirio megalománico negativo, pues no dicen, por ejemplo, que son ricos, sino que les han robado tantos millones, y así por este tenor.

La melancolía crónica es incurable y prolóngase largos años, terminando por una demencia.

Melancolía periódica

Esta forma puede ser remitente ó intermitente. En la primera, siendo la marcha continua, se presentan paroxismos ó crisis agudas por períodos más ó menos regulares; la última ofrece accesos de alienación separados por intervalos lúcidos con retorno completo al estado normal, así durante una larga serie de años.

Ningún síntoma, ningún dato en el primer acceso ó en el principio del mal puede darnos á conocer la periodicidad de la dolencia, de la que sólo se vendrá en conocimiento por su evolución ulterior. Ambos estados son incurables y los accesos suelen presentarse y desaparecer de una manera brusca. El cuadro sindrómico en nada difiere del que se encuentra en las formas comunes y ya estudiadas de la melancolía.

Como hemos dicho antes, se admiten por algunos otras formas y variedades de melancolía, pero en realidad no difieren

de las anteriores en nada esencial, pues ó bien se refieren al predominio de una idea en el tema delirante, ó bien á la mayor importancia que revista un síntoma que sobresale entre los otros, ó ya á la enfermedad somática, al estado discrásico, etc., que puede haber sido la causa determinante de su aparición, pues aparte de estas particularidades su cuadro sindrómico en muy poco ó en nada se distingue.

Citemos como ejemplo de ello, la melancolía religiosa: las alucinaciones que se observan en este caso, las ideas delirantes todas, tienen un carácter religioso y místico; los trastornos de los actos están en consonancia con tal desorden intelectual. Suele suceder á menudo, conforme hemos hecho notar en capítulos anteriores, que las ideas delirantes religiosas están muy relacionadas con el delirio erótico, y así no es de extrañar que esta variedad acostumbre presentarse en la época de las crisis sexuales: pubertad, menopausia, para afirmar más tal relación. Esta forma casi siempre consciente es de un pronóstico algo serio.

En la melancolía persecutoria son de este carácter las ideas delirantes que predominan; y en la hipocondríaca es este tema el que sobresale en el delirio; en este último caso la curación es más difícil y frecuentemente pasa al estado crónico.

Así podríamos ir multiplicando las formas y de esta manera hacer prolijo y difuso su estudio; sin embargo, de alguna haremos mención en las locuras simpáticas, etc., y al tratar del pronóstico por la influencia que en éste pueda tener la circunstancia predominante.

II. — DE LA MANÍA Y SUS VARIEDADES

Así como la melancolía es el tipo de las psicosis por depresión, la manía, á la inversa, es la fórmula característica de los trastornos mentales por excitación general; en su forma más común corresponde al concepto que vulgarmente se tiene de la locura, en

términos que, dada la idea que los profanos á la Frenopatía y en particular la masa del público se ha formado de la alienación mental, ésta sería sinónima de la manía; pero lejos de esto y por común y frecuente que sea, pues en opinión de MARCÉ constituye el séptimo de la población de los Manicomios, no es más que un cuadro sindrómico como su antítesis la melancolía, aunque, al igual que ésta, hay casos en que se escapa á nuestra observación la causa ó estado que la determinan, y entonces parece una dolencia vesánica autónoma y protopática.

También puede revestir varias formas clínicas, con las que la encontramos para nuestro estudio, empezando éste por la que podríamos considerar como fundamental ó prototípica, ó sea la manía aguda simple, manía típica de RÉGIS.

Manía simple aguda

La *manía aguda,* en su forma franca y típica la define ESQUIROL, diciendo, que es: «Una afección cerebral, crónica, sin fiebre, caracterizada por la perturbación y la exaltación de la sensibilidad, de la inteligencia y de la voluntad;» y para BALL por ser: «Una locura caracterizada por un delirio generalizado con una viva superexcitación de la inteligencia y una necesidad tumultuosa de movimiento.» Estas dos definiciones resumen y abrazan lo característico de dicha enfermedad en su concepto más general y comúnmente aceptado.

A veces, y por una impresión brusca, por un verdadero traumatismo moral, como dice BALL, estalla repentina y súbitamente la manía; pero esto es un hecho excepcional, pues la mayoría de las veces ofrece un período prodrómico cuyo punto de partida es difícil precisar y cuya duración puede ser de horas, de días ó de semanas, esto es, más ó menos largo, y de los trastornos del mismo suele tener conciencia el enfermo. Estos pródromos casi en todos los casos son de índole melancólica, en

términos tales, que ya ARETEO decía que la melancolía era parte integrante de la manía, y GUISLAIN afirmaba que toda afección intelectual empezaba por un estadio de melancolía. El enfermo es presa de una tristeza vaga, indefinida, con fatiga, y de un sufrimiento sordo; insomnio, alucinaciones á veces, las que pueden ser panofóbicas; quéjase de cefalalgia, vértigos, ansiedad epigástrica; en suma, se trata de un verdadero estado de depresión, que se acompaña de trastornos digestivos: sed, anorexia y estreñimiento, con languidez general de la nutrición. Después de un tiempo indeterminado, esta postración psíquica ó intelectual se empieza á acompañar de una agitación física; los trastornos generales poco á poco van desapareciendo y á medida que se van disipando los desórdenes psíquicos de depresión, el paciente experimenta un sentimiento sorprendente de bienestar y la excitación se va desarrollando gradualmente para manifestarse la movilidad característica de la manía, como el quietismo y el abatimiento lo eran de la melancolía. La necesidad de movimiento se hace imperiosa; todas las facultades y funciones se van exaltando por grados, la actividad del enfermo es incesante. De todo ello resulta una movilidad extrema de las ideas y de los actos; se vuelve irritable, siendo presa de arrebatos sin motivo; hace proyectos múltiples y concepciones infinitas; á menudo en este estado se entrega á excesos alcohólicos y venéreos, que no deben considerarse como factores etiológicos, sino muy al contrario, como uno de los efectos del mal. Se llega á esta fase, ó sea entramos en el período de estado, por lo común, de un modo continuo y progresivo ó por medio de oscilaciones, pero á veces, por un accidente fortuito, como por ejemplo, un trastorno brusco menstrual, ó, en las locuras periódicas, la invasión es tan rápida, que parece que la manía se establece, como dicen los franceses, *d'emblée*.

Después de esta evolución más ó menos lenta nos encontramos en la plenitud del desarrollo de la manía.

En la imposibilidad de presentar un cuadro típico de la manía aguda, nos ocuparemos sucesivamente de todos los síntomas que en el período de estado se pueden observar en estos enfermos.

Los trastornos intelectuales ofrecen una excitación notablemente desordenada de estas facultades, que al principio aún pueden manifestarse con alguna ilación lógica y coherencia de lenguaje; pero más adelante, como careciendo de freno, se realizan aquéllas de un modo tumultuoso. Como un torrente que se desborda, así se presentan en el pensamiento del enfermo las ideas, las imágenes y los recuerdos, y todo unido á la falta de atención que concurre y por la que no pueden fijarse en un objeto, determina, con la rapidez con que las ideas se suceden, el que se exprese con cierta incoherencia aparente, pues en realidad se trata más de una incoordinación, ya que el paciente salta de una cosa á otra, para luego volver á la primera, por la facilidad con que afluyen á su mente los recuerdos ó las imágenes, sin que por eso, en algún caso, deje de haber una verdadera incoherencia, una logorrea, un verdadero tumulto de palabras y frases sin ilación ni sentido, y á veces, y en personas bien educadas, de carácter grosero y obsceno, ó con blasfemias y esmaltadas de injurias.

Efecto de esta movilidad y de lo fácilmente que cambia de ideas, no existe un verdadero delirio fijo y sistemático, sino que sólo hay ideas delirantes, que interrogados convenientemente se hacen patentes; son, ó de fondo religioso, ó ambiciosas, ó de otra clase, notando con mucho acierto BALL, lo enojosos é impertinentes que son entre estos enfermos los que se creen inventores.

Obsérvase en algunos casos que este desorden general va acompañado del desarrollo brillante y extraordinario de ciertas facultades, por ejemplo, la memoria, que adquiere una precisión y claridad, que les lleva á recordar en sus menores detalles cosas

que parece no les habían impresionado. La imaginación también se exalta, lo que hace que algunos maníacos se expresen con una elocuencia que admira y encanta, aunque lo más común es lo contrario, ó sea, como hemos dicho más arriba, una logorrea, una locuacidad incoercible, incoordinada é incoherente á veces, que indica el profundo trastorno psíquico.

Las alucinaciones, tan frecuentes en los melancólicos, son raras en los maníacos; pero en cambio las ilusiones lo son bastante, sobre todo las de la vista; obedecen á una hiperestesia especial, sin que las analice el enfermo, por lo que influyen en las ideas y en los trastornos delirantes á los que dan forma. Por lo común, son agradables y fantásticas, alguna vez de carácter penoso, según las tendencias habituales y las condiciones del paciente. Además de estas ilusiones sensoriales, en los maníacos se observan las ilusiones mentales con bastante frecuencia, siendo muy características y propias de este estado frenopático.

De todo este desorden intelectual, de toda esta excitación y en cierto modo automatismo psíquico, resulta una rapidez de impresiones, una mayor actividad en la asociación de ideas, que hace que los enfermos saquen las más extravagantes deducciones, las comparaciones más extraordinarias, contribuyendo, junto con cierta tendencia á la rima que tienen algunos, á hacer más chocante su lenguaje. En suma, su estado intelectual, como dice RÉGIS, es el de ilusión perpetua y su delirio un sueño en acción.

Presentan algunos maníacos tendencia á escribir, y aparte de los caracteres gráficos que en su lugar se describieron, en todos sus escritos se transparenta el desorden psíquico, siendo á veces vivos y brillantes, aunque prolijos y difusos, y llenos de dibujos en muchos casos.

La excitación y la movilidad que acabamos de ver se encuentran en la inteligencia de los enfermos de manía, é igualmente se hallan en el orden moral de los mismos.

Vese en estos enfermos una actividad pero desordenada de los actos, de los sentimientos y de los instintos, acompañada de una variación continua de los mismos, de una movilidad y una especie de incoherencia en los afectos, en los sentimientos y en las pasiones. Gritan, ríen, lloran, saltan, corren, bailan, sin pararse en obstáculos y tomando las posiciones más ridículas y á veces indecentes; gesticulando de un modo extraño y como presos de una necesidad de movimiento incesante, resistiendo á la fatiga de un modo inconcebible.

Los instintos se exaltan, por lo general, de un modo notable, y particularmente el genital, acentuándose esta excitación en las mujeres. Es notable la perversión moral y la pérdida de las afecciones más naturales; algunos, sin embargo, se presentan afables, expansivos y hasta cariñosos.

Como se comprende, con frecuencia ofrecen impulsos instantáneos y hasta continuos, lo que no es de extrañar, dado lo que constituye el fondo de la dolencia; así que, sin verdadera conciencia y voluntad del hecho, rompen cuanto está á su alcance, destrozan los vestidos y hasta ejecutan actos que, al parecer, exigen más atención de la que pueden ellos desarrollar, por lo que es necesario vigilarles debidamente.

Efecto á veces de una contradicción, de una resistencia que se les haga ó bien del empleo de un medio de contención intempestivo, como á menudo sucedía antes, entran en un estado de furor, *furor maníaco,* que, no obstante, puede aparecer espontáneamente y como de un modo impulsivo. «De repente, la cara del enfermo palidece ó se cubre de una viva rubicundez, sus rasgos se contraen; temblores agitan sus miembros, su mirada lanza chispas; se arroja con gritos de rabia sobre todo lo que se encuentra á su alcance; rompe, muerde, desgarra, á menos que, reducido á la impotencia por los medios empleados en semejante caso, no vuelva su furor contra sí mismo revolcándose por el suelo ó precipitándose de cabeza contra las paredes.»

(CULLERRE). Esta crisis, de una violencia excepcional, habitualmente es seguida de un período de abatimiento, durante el cual el enfermo se halla más calmado.

Los síntomas somáticos ó físicos de la manía aguda simple son de índole igual á los psíquicos ó sea también de excitación.

La actitud es característica: constantemente agitados y en movimiento, no permanece quieta ninguna parte de su cuerpo. Ofrecen una verdadera avalancha de risas, cantos, saltos, contorsiones, etc.; la cara encendida, y vultuosa, los ojos brillantes la fisonomía animada; la voz á menudo ronca; desordenado y roto el vestido y las mujeres especialmente despeinadas y medio desnudas, toman actitudes y posturas provocativas. Al principio presentan el aspecto de la más completa salud, hasta pueden aumentar de peso, pero al cabo de cierto tiempo se observa un marcado adelgazamiento, por el excesivo dispendio de fuerzas que llevan á cabo.

El sueño es casi siempre nulo ó poco menos, y como las ilusiones y alucinaciones, cuando éstas existen, aumentan de noche, no es de extrañar, pues, que se exagere la agitación; el insomnio es rebelde á la acción de todos los recursos que se emplean y á veces persiste durante meses.

La sensibilidad general se halla alterada, casi siempre en sentido de disminución ó de anestesia, lo que da cuenta de la resistencia é insensibilidad á la acción del frío y también á la del calor, mostrándose indiferentes á las quemaduras y á los golpes que con sus violencias se infieren. Alguna vez, y como verdadera rareza, puede haber cierto grado de hiperestesia cutánea.

Al lado de esta anestesia encontramos la hiperestesia de los sentidos especiales, sobre todo de la vista y oído, que muchas veces, y especialmente al principio del mal, adquieren una agudeza extraordinaria; la luz y el ruido, sin ningún género de duda, en muchos contribuyen á excitarlos. Como perturbaciones particulares obsérvase la diplopia, y como hecho curioso y notabilísimo

la pérdida del sentido de la dimensión de los objetos, que ya aparecen agrandados, ya otras veces mucho más pequeños de lo que son en realidad. BALL refiere que algunos maníacos ven los objetos invertidos.

En la motilidad nótase una pérdida del sentimiento de la fatiga, que les permite los continuados movimientos á que se entregan; así como en algunos, una fuerza muscular de la que su aspecto no permite suponer sean capaces; hay que hacer observar que no en todos se encuentra tal aumento de fuerza como en general se cree, pues en algunos existe una verdadera debilidad muscular, si bien no es muy frecuente este hecho.

Como es fácil comprender, tal desorden de todo el conjunto del funcionalismo del sistema nervioso no puede menos de ejercer cierta influencia sobre el resto de las funciones de los demás órganos, como en realidad sucede.

A los trastornos digestivos del período prodrómico sigue una regularización de este aparato; desarróllase de nuevo el apetito, que alcanza á veces los límites de la glotonería más repugnante, acompañado de una mayor actividad en la digestión; no obstante, en algunos casos, y sobre todo debido á alucinaciones ó á ideas delirantes, llega á haber una verdadera sitofobia, complicada ó no con desórdenes dispépticos. En algunos maníacos puede también encontrarse un estreñimiento pertinaz; muchos efectúan sus necesidades naturales sin el menor respeto á las conveniencias sociales y encima de su propia ropa.

Las secreciones suelen estar alteradas. El sudor comúnmente disminuído; de aquí la piel seca, con una coloración morenuzca. La saliva, por el contrario, aumentada, y á veces con una verdadera sialorrea, de olor fétido, que se comunica al aliento y se mezcla al que se exhala de su piel, y que juntos forman el olor característico de los maníacos.

El pulso en los casos de agitación graduada se hace frecuente con fuerte tensión arterial; aparte de esto no ofrece nada

de particular. En cuanto al ritmo respiratorio lo vemos acelerado.

La temperatura tampoco presenta variación alguna de la normal; es más; según BALL y LUDWIG-MEYER, tiene tendencia á bajar, y sólo en casos en que la agitación se acentúa con gran trabajo muscular, puede subir de algunas décimas á un grado.

La menstruación está suprimida; en las pocas veces que persiste, aunque perturbada, la época en que debía aparecer se marca por un aumento en la agitación. La reaparición de la misma ó su regularidad es un signo favorable de curación. Las funciones genitales suelen estar exaltadas, principalmente en la mujer, lo que las hace provocativas.

La manía aguda puede terminar de tres maneras: por la curación, por el paso á la forma crónica y por la muerte. La curación se efectúa á veces de repente, y en tal caso el enfermo que la tarde anterior estaba en plena excitación á la mañana siguiente le encontramos ya bueno, en perfecta calma y completa razón y lucidez; esto no es frecuente y por otra parte es poco halagador, ya que generalmente es propio de las formas periódicas. Otro modo de sobrevenir la curación es por medio de oscilaciones progresivas, apareciendo intervalos de calma, de lucidez en la que el enfermo se queja de una sensación de fatiga y agotamiento y vuelto á la razón se da cuenta de su estado; después de más ó menos tiempo sobreviene de nuevo otro acceso de agitación y así de una manera como intermitente ó remitente, con los espacios de lucidez más prolongados y menores las etapas de excitación, á la par que ésta es menos intensa en cada nuevo retorno, se establece definitivamente la curación.

El tercero y último modo como ésta se consigue es por disminución progresiva y continua; inicíase por medio de una menor intensidad de los síntomas, vuelve el sueño; poco á poco se va estableciendo el encadenamiento lógico de las ideas por mayor dominio sobre ellas, las ilusiones cesan, y el enfermo, mejo-

rando su nutrición, va engordando y aumentando de peso á medida que la lucidez se restablece; pues sólo siendo correlativos estos dos últimos hechos es cuando podemos esperar la curación, que gradualmente se consigue. Este último modo es por lo general más favorable y satisfactorio.

La muerte por la manía aguda es rara, y por lo común á causa de un acceso de delirio agudo ó por una afección intercurrente.

Descrita la manía aguda simple como tipo de las manías, vamos ahora á ocuparnos de las formas que estas últimas presentan distintas de aquélla, ya por la intensidad del desorden morboso, ya por la marcha que en la evolución clínica revistan, por ser éstos los únicos caracteres fundamentales que pueden, á nuestro entender, diferenciarlas.

Formas de la manía

Las *formas de la manía* según su marcha son: aguda, crónica y periódica (intermitente y remitente); según su sintomatología é intensidad, además de la aguda simple, que hemos estudiado ya, se admiten por la mayoría la excitación maníaca y el delirio agudo, formas que, según algunos autores, BALL entre otros, son completamente distintas y autónomas á pesar de ser alienaciones mentales por excitación; es cierto que hay casos en que al parecer así sea, pero en cambio hay otros, en que se las ve evolucionar ó depender de una manía simple clásica, de aquí que esté justificado su estudio en este lugar. Como ejemplo á la discrepancia que hay en este asunto, transcribiremos la división que el frenópata alemán SCHÜLE hace de las manías, si bien es más cuestión de nombre y de apreciación, ya que casi corresponden á las tres que antes hemos referido: según la intensidad de la dolencia, la manía aguda la divide, en manía benigna, en manía típica, y ésta con dos variedades: forma ligera y forma grave (fu-

ror), y en manía grave; las últimas pueden pasar al estado crónico, salvo la benigna que sólo lo efectúa cuando es una de las etapas de la locura circular.

Excitación maníaca

La *excitación maníaca*, conocida también con el nombre de *manía subaguda, manía benigna* (SCHÜLE), para unos es una afección completamente distinta é independiente de la manía aguda simple; para otros, en algunos casos, es una forma derivada de aquélla y hay quiénes la consideran como una forma atenuada de la manía.

Con mucha más frecuencia que la manía aguda simple, padecen la excitación maníaca los hereditarios, y en este caso, ó cuando depende de una predisposición morbosa, como acontece la mayoría de las veces, empieza de un modo lento y por una fase de depresión ó melancólica; pero cuando es debida á un accidente imprevisto, entonces puede estallar repentinamente. Predomina en ella una excitación general de todas las facultades intelectuales con exageración de las manifestaciones exteriores y movilidad de las ideas. Pueden observarse numerosas gradaciones, desde la simple superactividad del funcionalismo fisiológico de la inteligencia á la más completa excitación tumultuosa y delirante; en el grado más remiso constituye el fondo psíquico de ciertos individuos en su estado normal.

Poco á poco el enfermo, que estaba tranquilo, va experimentando una necesidad de movimiento, acompañada con suma locuacidad, y al parecer con un aumento de energía. Las facultades intelectuales están en un grado notable de exaltación; la imaginación sumamente excitada á la que acuden en tropel mil ideas y proyectos, que apenas concebidos ya son abandonados; emprenden negocios y combinaciones de éstos; ya son reformas sociales y cambios políticos los que se les ocurren, ó bien inven-

tos, teorías científicas, innovaciones artísticas, ya producciones literarias que como todo lo anterior ha de asombrar al mundo, cambiar el modo de ser de la industria, etc.; pero todo ello, al revés de la manía aguda, no tiene nada de absurdo, y está expuesto con un encadenamiento lógico y por medio de un lenguaje elocuente; tales ideas llevan á veces un sello de originalidad, de atrevimiento y de distinción notables y se han dado casos en que han llegado á realizar lo que habían indicado y de lo que no hubieran sido capaces en estado sano. En todo se ve un sentimiento íntimo de satisfacción de sí mismo y de su valer.

La hiperemnesia es marcadísima; á tal grado llega la excitación de la memoria que recuerdan hasta en sus más ínfimos detalles hechos y cosas que imposible parece puedan recordar; recitan largas tiradas de versos y párrafos de autores clásicos y de discursos que oyeron en tiempo lejano, y todo con una exactitud y precisión notabilísimas, como si su memoria todo lo guardase y ningún recuerdo ni detalle perdiese. Tal estado les proporciona materiales inagotables, para los continuos discursos y disertaciones á que se entregan y en los que no falta ni la menor cita ni dato oportunos.

En su lenguaje sucede lo mismo; su inspiración parece inagotable, su locuacidad es extrema, hablan con elegancia, se expresan con facilidad, pero sin embargo, quien conversa con ellos por largo rato, comprende, cuando no lo estéril de tal verbosidad, cuál es su verdadero valor.

Dados el estado en que se encuentran la imaginación y la memoria y los caracteres del lenguaje de los atacados de excitación maníaca, fácil es comprender, cuáles serán sus escritos, que llevan todos el sello de la exaltación frénica típica de estos enfermos.

Las ideas de los mismos son movibles, fugaces, de orgullo, de ambición, de satisfacción de sí mismos; se creen perseguidos, son susceptibles, impolíticos y desenfadados; á veces, á las

ideas megalománicas se juntan otras de carácter religioso; pero todas ellas coherentes y sin ninguna apariencia absurda. Hay casos en que llegan estos trastornos hasta constituir un verdadero delirio, tal es la exaltación; generalmente reviste una forma ambiciosa ó megalománica, ya sea el tema el de las invenciones, ó el de la religión, la política, el erótico, etc.; pero este delirio igualmente, siempre es algo coherente.

Es raro encontrar alucinaciones y en este caso son conscientes, así es que no comprometen para nada la inteligencia y el juicio; alguna vez se observan ilusiones sensoriales y mentales pero siempre menos absurdas que las de la manía simple; BALL hace notar, que no debe considerarse como ilusión sino como una concepción delirante la idea que tienen los enfermos de que todas cuantas ven son personas conocidas suyas.

Estos individuos son sumamente peligrosos y de trato social casi imposible por la exageración de sus malos sentimientos y tendencias y por los perversos instintos y pasiones que se les desarrollan. Mentirosos, tienen una habilidad suma en levantar una calumnia, la que revisten con tal colorido de verosimilitud, que los hace muy temibles, y como el sexo femenino sufre esta afección con bastante frecuencia y una de las acusaciones favoritas suyas son las de inmoralidad, compréndese fácilmente la trascendencia y lo funesto de las consecuencias que pueden resultar. Son egoístas, envidiosos y provocadores; en suma, su perversión es refinada, habiendo veces en que se entregan á actos reprensibles, cuando no criminales como el robo. Frecuentemente se embriagan por presentarse en ellos la dipsomanía. Lúbricos, la masturbación es un acto al que á menudo se dedican, ya que el erotismo se exalta en ellos, en los hombres á menudo, en las mujeres siempre. Solamente en los casos en que la excitación maníaca es sintomática de la parálisis general, pueden observarse ideas generosas é inclinación á la benevolencia.

A veces se entregan á violencias contra las personas, pero

lo más común es que una especie de manía de destrucción que muchos de estos enfermos tienen, la satisfagan rompiendo los objetos que están á su alcance, desgarrando los vestidos, etc., y todo ello sin motivo ni razón aparente que lo explique.

Como transición entre los síntomas psíquicos y los fenómenos somáticos de la excitación maníaca y por la necesidad de movimiento que experimentan, hay que hacer notar la necesidad irresistible que tienen algunos de hacer viajes, sobreviniendo á veces esta agitación de un modo inesperado.

Los síntomas somáticos de esta enfermedad también son los de un aumento en la actividad física, pero no tan numerosos ni intensos, ó sea con una agitación menos desordenada que los de la manía aguda simple.

El insomnio también lo hallamos en estos enfermos, pero es un insomnio especial; ya no duermen más que unas pocas horas, ya se despiertan y experimentan la necesidad de levantarse de la cama.

Es notable la sensación de bienestar físico que sienten y que su aspecto exterior indica: cara coloreada, fisonomía animada y llena. La necesidad de movimiento y el aumento de fuerzas musculares van acompañados de una falta de fatiga.

El apetito más bien está aumentado, y las digestiones se efectúan bien y prontamente; pero sin embargo, y esto prueba que el trastorno íntimo nervioso es más profundo de lo que parece, pierden rápidamente de su peso, adelgazando en extremo notable estos enfermos.

A veces se observan fenómenos, que indican una hiperemia ó congestión cerebral fugaz, y son: desigualdad pupilar, temblor general, ligero arrastre de la palabra. Estos síntomas sólo tienen importancia, y por ello conviene tenerlos presentes, porque pueden dar lugar á un error diagnóstico, ó sea creer se trate de una excitación maníaca sintomática de una parálisis general, cuando ésta no existe en el caso concreto.

La marcha, evolución y duración de la excitación maníaca son las mismas que las de la manía aguda simple; su paso al estado crónico es un hecho raro, siéndolo menos su transformación en la dicha manía simple aguda. La curación es lo más común, pero hay que tener presente, que la mayoría de las veces es un mero síndrome episódico de otra enfermedad, sobre todo de las nerviosas y mentales, y entre éstas la parálisis general, la manía razonadora y la locura de doble forma.

Delirio agudo

Es éste uno de los estados frenopáticos que ha motivado más controversias sobre cuál es su verdadera naturaleza y qué lugar debe ocupar en las agrupaciones nosográficas; ello no nos interesa, pues nos alejaría de nuestro propósito; sólo sí diremos, que para unos es una especie morbosa independiente de la manía (BALL), aunque hay casos que tiene con ella muchas afinidades, según opinan estos mismos autores; para otros, siguiendo á BAILLARGER, no es más que la manía peraguda ó sea la manía en su más alta expresión de agudez. Hay casos en que su sintomatología, es tal, que parece traspasar las fronteras de la locura para caer de lleno bajo el dominio de la patología común. BRIAND y algunos autores italianos la creen de naturaleza infecciosa y debida á un microbio que ha sido descrito en una revista italiana de la especialidad; no hay duda que ciertos síntomas de los que se observan y el conjunto del período de estado y de la fase terminal, cuando éste es funesto, hacen sospechar si esta opinión no tendrá muchos visos de verosimilitud. En apoyo de lo que hemos indicado antes, de que el delirio agudo entra á veces en el terreno propio de la patología ordinaria, hay que hacer observar la confusión que puede haber en ciertas ocasiones entre aquél y el delirio agudísimo que presenta algunas pneumo-

nías, la fiebre tifoidea, el tifus exantemático, etc., circunstancia que debe tenerse presente en estos casos.

Esta enfermedad es raro encontrarla antes de la época media de la vida y casi siempre los que la padecen son individuos predispuestos. En apariencia estalla repentinamente, pero aunque esto es posible, sólo lo es de un modo excepcional y en la mayoría de los enfermos se observa siempre una fase prodrómica más ó menos larga.

Empieza el paciente por experimentar una tristeza acentuada, con inquietud vaga; á esto se acompaña una dificultad grande de pensar, que hace que el menor trabajo intelectual sea pesado y molesto. A estos síntomas añádese una cefalalgia sumamente intensa, y el enfermo cree que su cabeza va estallar, sufre latidos arteriales violentos y vértigos y trastornos visuales, como la ambliopía y sordera.

Estos trastornos físicos, principalmente se agregan á otros de orden psíquico; tiene el paciente presentimientos tristes, conservando aún cierto grado de conciencia de su estado, disimula el delirio que ya comienza, busca la soledad, el aislamiento, habla solo y su inteligencia ya está perturbada por concepciones delirantes, que aún oculta; durante este tiempo algunos aún pueden dedicarse á sus quehaceres ó trabajos habituales.

Preséntase casi siempre insomnio, los enfermos duermen poco ó nada y si acaso de un modo intermitente y con un sueño lleno de ensueños penosos. Hay pérdida del apetito y repulsión hacia los alimentos, y como consecuencia de todo esto adelgazamiento y pérdida del peso del cuerpo.

Después de este período de tristeza más ó menos largo estalla el delirio, que en pocos días ó en pocas horas alcanza su mayor agudez. La agitación más acentuada y el desorden tumultuoso de las facultades intelectuales son lo más característico de esta fase. Grita, salta, corre, lanza imprecaciones, etc.; su lenguaje es sumamente incoherente, sus palabras sin sentido y sin

la menor ilación; á un acceso de risa sigue una exclamación furiosa ó de angustia, es decir, una volubilidad extrema. Las concepciones delirantes se relacionan principalmente con los recuerdos anteriores, con los trabajos ó con las ideas que interesaban al paciente antes de su dolencia. A esto se unen alucinaciones é ilusiones, especialmente terroríficas, que sirven de base para aumentar el delirio y el desorden psíquico ya existentes.

El enfermo se golpea la cabeza ó la esconde en las almohadas; sopla con fuerza por boca y nariz, escupiendo puramente saliva.

En esta afección los síntomas físicos tienen una grandísima importancia. El pulso se acelera en extremo llegando hasta 140 pulsaciones por minuto, pero es pequeño, irregular y depresible; en muy pocos casos pasan las cosas á la inversa. La temperatura es también elevada y desde muy pronto llega á 40°, 41° y aun á décimas más. La respiración se acelera; la voz enronquece. La cara, que al principio está rubicunda, toma un tinte térreo; la cabeza les arde; la piel, primero seca, se cubre de un sudor viscoso; la mirada es huraña.

Ya desde el primer momento se observa un estado convulsivo, que se va haciendo más intenso con exaltación de los reflejos. El enfermo es presa de una agitación continua; con frecuencia hace muecas y rechina los dientes; aparecen calambres y convulsiones de todas clases.

Evidentemente también hay exageración de la sensibilidad táctil y de los sentidos especiales.

Hay casos en que se observa parálisis de los músculos de la faringe, del velo del paladar y otros, de ahí dificultad en la deglución, gangueo y estorbo para la articulación de la voz.

La lengua está seca, y la sitofobia se observa en gran número de casos; hay ocasiones en que esta repugnancia está más acentuada para los líquidos, en términos de ser una verda-

dera hidrofobia; todo ello debido, sin duda á la pérdida del apetito, así que no es de extrañar el adelgazamiento extremo que en poco tiempo presentan estos enfermos.

Aun habiendo llegado al estado que hasta ahora hemos descrito, puede conseguirse la curación por una defervescencia gradual y después de una larga convalecencia; pero si se prolonga la enfermedad, al cabo de algunos días al período de agitación reseñado sustituye una etapa ó fase de depresión.

La fiebre aumenta; la excitación intelectual es sustituída por la somnolencia, por una especie de coma; el delirio agitado cesa y en su lugar hay musitación. Los labios, los dientes, la lengua y las encías se secan y cubren de costras fuliginosas; el aliento es fétido; la voz se apaga; la respiración se hace anhelosa; los ojos se hunden. Aparecen petequias, equimosis y hasta escaras. El impulso cardíaco disminuye; pueden observarse accidentes congestivos, evidentemente de naturaleza pasiva, pulmonares y renales, no siendo raro encontrar albúmina en la orina; al estreñimiento, que es casi la regla en el período de agitación, sustituye en éste la diarrea, con incontinencia de las heces fecales y de la orina; el insomnio, en general, persiste.

Aunque no sea muy larga la duración del delirio agudo, hay casos raros en los que puede prolongarse durante algunas semanas, y presentar oscilaciones con remisión de los síntomas y agravación sucesiva, en términos que pueden dar lugar á engañosas esperanzas. Pero esto es lo anormal; lo común es que, siguiendo su curso el mal, vaya acentuándose la gravedad; se presentan convulsiones generales ó parciales; subsalto de tendones y carfología; la diarrea se hace fétida y profusa; el pulso se vuelve irregular; la piel se cubre de un sudor viscoso y frío, tomando la fisonomía un aspecto siniestro; el coma se agrava; en suma, los síntomas tifoídicos se marcan más y el desfallecimiento es cada vez mayor, hasta que sobreviene la muerte de un modo súbito, por un síncope, ó lentamente, por agotamiento nervioso.

Algunos frenópatas han dado excepcional importancia al predominio de un grupo de síntomas sobre otros hasta admitir variedades del delirio agudo fundadas sobre tal hecho; así, entre otros, SCHÜLE, según sea la excitación ó la depresión la que sobresalga en el síndrome y curso de esta afección, ha admitido las formas maníaca, melancólica y mixta.

El delirio agudo es una de las enfermedades más graves que se pueden encontrar en la práctica de la Psiquiatria; la muerte es su terminación más frecuente (en las tres cuartas partes de los casos, según autorizadas opiniones), pero no lo es de una manera fatalmente constante; cuando ha de sobrevenir la curación van desapareciendo de un modo gradual los síntomas, se calma el delirio, vuelve otra vez el sueño, lo que es del mejor augurio; cesa la sitofobia; la inteligencia recobra su dominio; las fuerzas se restauran, y después de unas tres ó cuatro semanas el paciente se halla en completo estado de salud.

La duración del delirio agudo es por término medio de unos ocho días y en general el período de excitación mucho más largo que el de depresión, que á veces sólo es de algunas horas. Algunos admiten la terminación por la demencia, lo que debe ser excepcional; otros que el delirio puede pasar al estado crónico ó cuando menos quedar la inteligencia debilitada de un modo permanente é irremediable.

Manía crónica

Estudiadas las diversas manifestaciones agudas de la manía vamos á ocuparnos del síndrome que reviste en aquellos casos en que ha adquirido la forma crónica; poquísimas veces es primitiva, en la generalidad de los casos es consecuencia de alguno de los estados maníacos ya descritos y principalmente de la manía simple aguda.

Los síntomas que se presentaron en el período ó estado

agudo persisten, si bien atenuados en su intensidad y variedad. La vivacidad del delirio y de su expresión externa se halla muy moderada, á la par que disminuído aquél y más incoherente; las ideas que lo constituían, dejando de ser tan móviles y fugaces como eran, conservando rasgos del estado anterior, sobre todo si hay alucinaciones, adquieren más fijeza y tienden como á una sistematización, de aquí que algunos hayan llamado á este estado *paranoya secundaria* ó *delirio sistematizado secundario;* dichas ideas por lo común versan sobre asuntos místicos ó son ambiciosas ó de persecución. El lenguaje, reflejando el estado intelectual, es más que nunca incoherente y confuso; persiste la imposibilidad de fijar la atención. Los impulsos, y de un modo particular los de destrucción, siguen como instintivamente; los sentimientos de afectividad desaparecen. A intervalos esta calma relativa cesa para dar lugar á paroxismos, que recuerdan el estado agudo.

El insomnio no es tan pertinaz ni completo. La agitación física es mucho menor, pero más monótona en sus manifestaciones. Las funciones digestivas se restablecen y, por tanto, la nutrición se efectúa de un modo más regular; en muchos casos vuelve de nuevo la menstruación. Desde que empieza la cronicidad, los rasgos de la fisonomía se alteran y la mirada pierde su brillo y vivacidad.

La manía crónica es incurable, y á no sobrevenir la muerte por un hecho intercurrente, con el tiempo las facultades intelectuales van debilitándose, hasta que por último llega la demencia, *demencia maníaca,* porque en general conserva siempre algo que recuerda cuál fué el afecto primitivo del que es la etapa terminal. En estos últimos estados puede el enfermo permanecer hasta largo número de años.

Manía periódica

Esta forma de manía presenta dos variedades; la *remitente* y la *intermitente*. La manía remitente podría confundirse con la crónica por los paroxismos de agudez que ésta presenta; pero se distingue por lo demás en que en la remitente los accesos de agravación son casi regulares y periódicos, y semejantes el uno al otro, y entre ambos hay una disminución de los síntomas ó mejoría aparente. Los síntomas son los mismos de la forma típica ó manía aguda simple. Este estado de remitencia es fijo y definitivo, y la vida del enfermo puede durar, sin embargo, muchos años.

En la manía intermitente los accesos de agitación están separados uno de otro por intervalos de lucidez en los que la razón se encuentra en estado normal. Los accesos de agitación y las intermitencias lúcidas se suceden de un modo regular, si bien en su duración é intensidad puede haber algunas diferencias y falta de isocronismo completo. El cuadro sindrómico es el mismo de la manía aguda y en el primer acceso nadie es capaz de diagnosticar la intermitencia; sin embargo, y al igual que en la manía remitente, en las exacerbaciones, el principio de los accesos y el fin de los mismos suele tener lugar, por lo común de un modo brusco; la duración de la manía intermitente es también indefinida, y á la larga, como la remitente, puede pasar al estado crónico ó concluir en una demencia terminal.

Son propias estas dos variedades de los degenerados, de aquellos que tienen una tara comúnmente hereditaria. La vuelta de los accesos á menudo coincide con un hecho particular, casi siempre el mismo, época menstrual, estaciones del año, etc. LALLEMAND y MABILLE, las creen propias de los que están afectos de una diátesis y debidas á hechos agudos de auto-intoxicación.

Al igual que en la melancolía, algunos admiten otras varie-

dades de manía que sólo tienen de particular el predominio de algún síntoma, la existencia de algún factor etiológico particular de un estado morboso, etc., como por ejemplo, la manía catatónica, persecutoria, alcohólica, histérica y muchas otras, pero sin nada esencial y fundamental que las diferencie.

III. — DE LA DEMENCIA Y SUS VARIEDADES

La demencia, de un modo general, se caracteriza por la debilidad progresiva de las facultades psíquicas todas, acompañándose más ó menos tarde de una decadencia física.

Tal estado morboso es la fase terminal de la gran mayoría de enfermedades mentales, ó es consecutiva á lesiones somáticas del cerebro ó bien es el resultado de los procesos orgánicos regresivos de la vejez; en otros términos, la demencia es *primitiva* y *senil* ó *secundaria*, ya *vesánica*, ya *orgánica*. Terminado el estudio de la sintomatología nos ocuparemos someramente de estas variedades de la demencia. Antes de pasar adelante hay que hacer observar la distinta significación que la palabra demencia tiene en el terreno legal y en el lenguaje vulgar, de la acepción científica de la misma, aplicándose en aquellos conceptos como sinónima de locura ó de alienación mental, mientras que en Frenopatía tiene un significado más restringido, como se deduce de la definición.

La demencia senil, debida á los cambios regresivos que por el proceso natural y fisiológico del tiempo se realizan en el cerebro como en el organismo todo, sin ir acompañada de delirio, ni de otros síntomas y caracterizada por la decadencia psíquica, es el tipo de las demencias y por tanto nos servirá de pauta para la descripción de la sintomatología de este estado morboso.

En tres períodos se puede dividir el curso de esta afección: 1.° inicial ó de invasión; 2.° período medio ó de demencia confirmada, y 3.° período terminal.

1.er período.—El principio de la demencia puede ser brusco y repentino, pero según nuestra opinión, sólo de un modo excepcional y en contados casos. La regla es, que la iniciación de los trastornos se efectúe de un modo insidioso y lento, en términos que cuando de ello se dan cuenta los que rodean al paciente, ya la alteración está más ó menos acentuada. Nótase un descenso general del nivel intelectual, con cierta incapacidad para el trabajo; la asociación de ideas es menos perfecta y de ahí resulta una falta de precisión y de lucidez en los juicios; la atención es difícil y pronto sobreviene por el menor trabajo una fatiga intelectual rápida; esto da lugar á concepciones intelectuales lentas, errores en los cálculos y en los negocios. No tarda en observarse el hecho más significativo y característico del estado morboso que nos ocupa, esto es, las alteraciones de la memoria, que suele ser la primera facultad psíquica atacada; hay en ella lagunas, se hace infiel, la amnesia se acentúa sobre todo para los hechos recientes, que son los que primero se olvidan, como si fueran *menos adherentes*, según el repetido dicho de KUSSMAÜL; no recuerdan los pacientes lo que acaban de hacer, de dónde vienen, etc., mientras que al mismo tiempo los hechos de tiempos pasados y lejanos adquiere su recuerdo como una revivíscencia, que al fin también desaparecerá. Su lenguaje se hace pesado por sus múltiples repeticiones; olvidan nombres y palabras y á cada paso pierden el hilo de su narración. Por el automatismo que determina la repetición de los actos diarios, pueden aún de un modo aparente y como normal desempeñar en algo su profesión, pero es de notar, como hecho característico, que son inaccesibles á la adquisición de cualquiera idea nueva que se aparte de la rutina de su modo de ser.

Si bien la memoria, como acabamos de ver, es la primera y más profundamente atacada, no es la única, sino que á la par también van decayendo las restantes facultades intelectuales.

Al mismo tiempo que se observan los trastornos menciona-

dos, se verifican cambios en el carácter; unos dementes serán apáticos, esto es, tranquilos y plácidos; otros excitados y éstos se vuelven irritables, ingobernables, tomándolo todo por el lado malo. Sus sentimientos afectivos se embotan, volviéndose egoístas, avaros, siempre temiendo les roben ó les falte algo; algunos presentan una sensiblería extrema, que les hace llorar por la más ligera cosa; se vuelven aprensivos, con ideas hipocondríacas, lamentándose de que no se les cuida.

A la par que los trastornos antes citados, con frecuencia se inicia ya la pérdida de las formas de buena sociedad, así en su porte, como en sus palabras, etc., hecho que se irá acentuando cada vez más. En resumen: además de la decadencia intelectual, hay debilidad de la energía moral y del funcionalismo psíquico todo.

En algunos casos, pocos por lo común, la demencia senil empieza, ó mejor se acompaña de un delirio vesánico más ó menos acentuado y que reviste las formas maníaca, melancólica, hipocondríaca ó de persecución, la mayor parte de las veces; al ocuparnos de las variedades de la demencia y de la evolución de las locuras estudiaremos tales modalidades, que por su expresión clínica son muy semejantes á las demencias consecutivas.

2.° período.—Progresivamente se van acentuando los síntomas presentados en el período anterior, hasta que al cabo de más ó menos tiempo son incapaces de dedicarse á ningún trabajo serio y sostenido; la debilidad general psíquica se va haciendo poco á poco más completa. Los progresos de la amnesia son también evidentes: de los hechos recientes se extiende á las ideas, á las nociones de la profesión y de los conocimientos científicos, hasta conservar sólo las primeras adquisiciones de su infancia y en tales términos se parece su estado actual á dicha época de la vida, que su lenguaje, sus actos, su manera de proceder, en todo se asemeja el demente á un niño. Los senti-

mientos y las afecciones también van disminuyendo progresivamente. El lenguaje es incoherente, pero ello es debido á falta de ideas y de medios para expresarlas, ya que en este estado el demente ni recuerda á menudo cómo se llama, ni dónde está, etc.; así no hay que confundirlo con el lenguaje del maníaco, en el que domina la incoordinación, como dijimos á su debido tiempo: La escritura á su vez va perdiendo los caracteres que la eran propios, en sus formas gráficas es infantil, las faltas de ortografía frecuentes, y repetidas las omisiones de sílabas y de palabras enteras, hasta llegar un momento en que sólo es un conjunto confuso é ilegible de líneas informes. En algunos casos se observan alucinaciones del oído y de la vista, y los temores de envenenamiento pueden ser señal de alucinaciones del gusto.

El desorden de los actos es completo, aparte de acentuarse el olvido de las formas sociales, pues son con frecuencia groseros, así en sus ademanes como en sus palabras, se vuelven turbulentos, extravagantes y hasta perjudiciales por sus descuidos é imprudencias; un erotismo exagerado llévales á veces á cometer delitos y hasta á crímenes, y sus faltas al pudor, sus agresiones á jóvenes y hasta niños son bastante frecuentes. Otras veces son sus instintos de destrucción los que, exagerados, les llevan á romperlo todo, muebles, objetos diversos, sus ropas, asombrándose, sin embargo, algunas veces de verse desnudos.

Llega por fin un momento en que el demente, bajo el punto de vista psíquico, se halla reducido á un estado de autómata, sumido en la inconsciencia más completa. Su lenguaje es ininteligible y su amnesia, casi absoluta, pues todo lo ha olvidado, y á pesar de ello, hase hecho notar el curioso hecho de que por una rutina, por un hábito verdaderamente automático, se dedican á ocupaciones, que parecen suponer un cierto grado de desarrollo psíquico, tales son: la lectura de periódicos, juego de cartas, etc.

En la esfera somática hay que notar que la inmensa mayo-

ría de los dementes recuperan ó conservan la normalidad de su nutrición y aspecto exterior, ejecutándose las funciones orgánicas de un modo fisiológico, en términos que las mujeres llegan hasta menstruar regularmente; sin embargo, en todos, el sueño es corto, ligero y á menudo nulo. Algunos dementes desde muy pronto, y todos hacia una época adelantada de este período, presentan trastornos somáticos evidentes y de mayor ó menor gravedad; por lo común, son de origen cerebral y debidos al ateroma de los vasos y á la isquemia consecutiva, tales, como vértigos al levantarse, somnolencia después de las comidas, zumbidos de oídos, cefalalgia y otros; pueden también observarse brotes congestivos en el cerebro, muy á menudo ligados al estreñimiento que al principio presentan estos enfermos, mientras que más adelante sobreviene una parálisis de los esfínteres, y por tanto incontinencia fecal y urinaria, que coincide casi siempre con evidentes señales de debilidad muscular, con temblor de las manos y hasta de la lengua.

Cuando la demencia está ya en una época adelantada de este segundo período, el aspecto exterior del enfermo es bastante característico: sus movimientos en general torpes y lentos, todo su hábito y actitud indican la decadencia así psíquica como orgánica; la cabeza está generalmente caída sobre el pecho; la expresión de la fisonomía y de la mirada expresan, ó la apatía, ó la falta de inteligencia y el embrutecimiento del sujeto; en un estado avanzado el enfermo está con la boca abierta, fluyéndole continuamente la saliva abundante; sus manos sucias de sus propios excrementos; sus movimientos son, á veces, siempre los mismos y como automáticos; en suma, todo su aspecto expresa el estado de degradación y de ruina á que ha llegado el demente.

3.er período. — Hay un momento en que el aniquilamiento de las facultades psíquicas es casi absoluto y los estragos somáticos profundos, en tales términos, que el enfermo está verdade-

ramente caquéctico. Ninguna diferencia se encontraría en esta época entre el demente y el idiota más completo. Va adelgazando cada vez más, el apetito se pierde, la debilidad física es tan acentuada, que se ve obligado á permanecer en cama, donde se encuentra continuamente sucio por la incontinencia de sus heces fecales y de la orina, y en este estado cada vez decae más y más, hasta que, ó bien por los progresos naturales de la caquexia, ó por alguna complicación cerebral, ó por un afecto intercurrente de otro orden, sobreviene la muerte.

La marcha de la demencia suele ser bastante regular y en general lenta, en términos, que los enfermos pueden vivir hasta muchos años á no sobrevenir accidentes, que agravando el estado del demente acortan su vida, tales como, accesos de delirio, en especial maníaco, congestiones cerebrales, ataques apopletiformes y epileptiformes, etc. La evolución de la demencia consecutiva á las locuras, suele ser más lenta y por tanto durar más años el paciente que en las demencias senil y por lesiones orgánicas del cerebro. El primer período es, por lo común, el más largo, mientras que el tercero y último es el de marcha más rápida.

Variedades de la demencia

Estudiada la sintomatología de la demencia senil como tipo de la expresión clínica de dicho orden de afectos morbosos, vamos á ver cuáles son las modalidades ó variantes que de la demencia se observan en la práctica. Distintas son las que admiten los autores, en términos, que no hay conformidad entre ellos; pero en realidad, tal divergencia no es fundamental, ya que, una vez confirmada la enfermedad, pocas diferencias se encuentran en el síndrome, y para el diagnóstico de las mismas hay que acudir casi siempre á los datos anamnésticos; en algunas, sin embargo, es conveniente precisar su modalidad por el valor

que ello tiene para el pronóstico, como veremos más adelante. BALL admite la demencia primitiva, sin trastorno alguno anterior, y en algunos casos de marcha muy aguda, manifestando, con todo, que es poco frecuente; la demencia consecutiva es la segunda forma que menciona el citado frenópata, siendo la más común y el término de las alteraciones orgánicas de la senilidad, de las enfermedades con lesiones materiales del cerebro y de los afectos mentales; cita, por último, las demencias tóxicas, originadas por el alcoholismo, saturnismo, etc. RÉGIS divide las demencias en primitiva, ó sean la senil y las originadas por lesiones orgánicas cerebrales (demencias apoplética, paralítica, etc.), y consecutiva, la que es la etapa terminal de otra afección. La división que hace SCHÜLE de las demencias, se aparta bastante de las generalmente admitidas por los frenópatas franceses y de las que son un ejemplo las dos anteriormente citadas. Admite la demencia primitiva aguda, que no tiene ningún punto de contacto con la demencia, tal como la hemos estudiado; ésta á su vez ofrece dos variedades: la demencia primitiva aguda con estupor *(status attonitus)*, que es ni más ni menos que el estupor melancólico, que ya estudiamos al tratar de las melancolías y que, como puede comprenderse, nada tiene de demencia, si bien puede terminar en ella; y la demencia primitiva aguda sin estupor, que es la menos frecuente de las dos, generalmente post-febril y consecutiva á infecciones graves (fiebre tifoidea, viruela, etc.), caracterizada por la debilidad psíquica parcial ó general y curable en muchos casos. La demencia secundaria de SCHÜLE y de la que estudia dos variedades, la versátil ó agitada y la apática, admitiendo en estos dos tipos clínicos diversas modalidades como la catatónica, la paralítica, etc., es ni más ni menos que la demencia tal como la hemos estudiado. HAMMOND, de New-York, en su obra sobre las enfermedades mentales, se ocupa de la demencia primitiva, de la secundaria y de la senil. SOLLIER hace una serie de divisiones de la demencia, sistemáticas y de más valor

didáctico que interés clínico; empieza por dividirlas en primitivas y secundarias, cuyas denominaciones bastan por sí solas para indicar cuáles son sus caracteres; las primeras á su vez se subdividen en demencia senil y demencias precoces: éstas últimas sobrevienen en sujetos menores de treinta años y su curso es rápido, sin enfermedad anterior que las motive, como no sea la que las acompaña, y procediendo inmediatamente á la división de este grupo, admite el citado alienista siete variedades: demencia precoz simple, epiléptica, sifilítica, alcohólica, hebefrénica, consecutiva á las vesanias, consecutiva á las enfermedades infecciosas. Las demencias secundarias, las subdivide en vesánicas (manía, melancolía, delirio de persecución, locura circular, delirio de los degenerados) y orgánicas (parálisis general, epilepsia, alcoholismo, sífilis, apoplejía y tumores cerebrales). Nos hemos extendido en exponer esta división, porque ella nos indica cuáles son las afecciones ó estados morbosos á que son debidas la inmensa mayoría de las demencias; la distinción entre cada una de estas variedades es bastante difícil, si no imposible en algunos casos, á no atender á los datos anamnésticos y para algunas á la concomitancia ó persistencia del estado morboso que las ha ocasionado, en atención á que en su sintomatología no presentan variaciones características, como no sea en la demencia paralítica, de la que nos ocuparemos al tratar de la parálisis general y en alguna otra variedad, como por ejemplo, en las demencias vesánicas en las que á veces persiste algo del delirio propio de las alienaciones primordiales y aun eso no en todos los casos.

La manía y la melancolía crónicas son las alienaciones mentales, que más fácilmente terminan por la demencia; en las demás vesanias puede llegar el fin de la vida del paciente sin sobrevenir tal estado morboso, y en especial en la locura circular, en la que es raro, á no presentarse congestiones cerebrales, etc.; en estos casos cabe dudar si la demencia es debida á las alteraciones orgánicas del centro nervioso cerebral. Unas

veces el tratamiento intempestivo ó inoportuno, como las sangrías ó emisiones sanguíneas abundantes, entre otros ejemplos; otras, los incidentes intercurrentes de la locura, como los ya citados accesos apopletiformes ó epileptiformes, etc.; ó los estragos producidos por alguno de los síntomas como el onanismo y los excesos venéreos, entre otros, precipitando la decadencia psíquica ó física dan lugar á la demencia. He aquí, cómo BALL explica el tránsito de la vesania á dicho estado terminal: «Tomemos un vesánico en pleno período de excitación: su delirio es brillante, adornado de imágenes, lleno de relieve. Hay alucinaciones numerosas y precisas. Pero después de un tiempo mayor ó menor de duración, la tempestad se calma, el delirio se atenúa y la obsesión de las ideas que le tiranizaba se hace menos despótica. Las alucinaciones pierden en su claridad y se hacen más confusas. Para el médico que le observa, el enfermo parece mejorado, y se abandona tanto más fácilmente á esta ilusión halagüeña, en cuanto los síntomas físicos se mejoran notablemente. Hay una verdadera tranquilidad del sistema nervioso, el sueño vuelve, el apetito reaparece y el enfermo engruesa. Al mismo tiempo su fisonomía menos crispada, sus rasgos menos contraídos, parecen expresar una calma relativa; y sin embargo, en medio de este conjunto de condiciones favorables, el observador reflexivo puede reconocer los signos del desgaste cerebral. Sin duda, el enfermo es todavía capaz de sostener una conversación; se expresa á menudo con precisión, pero se fatiga fácilmente. No puede sostener un esfuerzo intelectual prolongado, y cuando escribe, cae más fácilmente en las imperfecciones de estilo y faltas de ortografía que descubren tan á menudo las perturbaciones de la inteligencia en los alienados.

»Al mismo tiempo, los sentimientos están embotados. No solamente el enfermo manifiesta una profunda indiferencia por sus allegados, sino que el sentimiento de rencor, tan desenvuelto en los locos, tiende á debilitarse en él; si habla de sus enemigos,

es con una especie de moderación relativa. Se vuelve más fácil de gobernar y es infinitamente menos peligroso para los que le rodean.» A partir de este momento, sigue la demencia el curso que hemos descrito al ocuparnos de su sintomatología en su primer período.

Punto menos que superfluo es manifestar la gravedad que tiene la demencia en cualquiera de sus formas, ya que la idea de incurabilidad casi es inseparable del concepto que se tenga de dicho trastorno morboso. Sin embargo, SOLLIER no es tan pesimista en lo que se refiere al pronóstico de alguna de las variedades por él admitidas; dejándole por completo la responsabilidad de tales afirmaciones, vamos á resumirlas. Las demencias precoces alcohólica, sifilítica, la de las histéricas y de los onanistas, pueden curar, según él; así como también, aunque con menos frecuencia, y si en su producción entran varios factores aún es más grave el pronóstico, la demencia primitiva precoz de los degenerados, siendo en todo caso de mejor augurio el principio brusco de la dolencia que el lento é insidioso. Las demencias secundarias vesánicas son incurables; la demencia secundaria alcohólica, según el mismo autor, si bien puede curar, es raro que el enfermo pueda volver á sus ocupaciones ordinarias; así como también la demencia secundaria sifilítica, aunque llegue á conseguirse la curación, su pronóstico es grave por las recaídas que fácilmente sobrevienen.

CAPITULO III

I. — DE LA LOCURA CIRCULAR

Estudiados los cuadros sindrómicos fundamentales de la locura, vamos á ocuparnos de las formas particulares de la alienación mental.

Una de ellas está caracterizada por la sucesión de un estado de excitación ó maníaco y de un estado de depresión ó de melancolía ó viceversa, con ó sin una fase de lucidez. Según la manera como se combina el ciclo periódico de la dolencia, se le han dado diversos nombres, habiendo alguno de ellos servido para indicar de un modo genérico la enfermedad que nos ocupa.

La herencia, en muchos casos similar, es la causa que más frecuentemente se presenta en esta dolencia. Empieza en muchos casos por accesos aislados de locura maníaca ó melancólica sin regularidad, para luego establecerse ésta, ó bien desde un principio ofrecen el tipo que en lo sucesivo han de presentar.

Como hace notar muy atinadamente RÉGIS, hay en esta afección que estudiar dos órdenes de consideraciones: las que se refieren á la composición y forma de los accesos y las que atañen á la manera cómo se suceden y evolucionan estos mismos accesos.

La locura de doble forma, en cualquiera de sus variedades, consta de dos períodos ó fases: uno de excitación y otro de depresión. Ambos estados por sí solos y aislados no ofrecen na-

da de particular y característico en su síndrome, que no es otro que el de una de las diversas variedades de manía y melancolía que se han estudiado; lo que constituye la individualidad de esta dolencia es la sucesión de ambos estados, tan antitéticos por otra parte. Todas las combinaciones son posibles: tan pronto á un estado de manía ligero sucede un estupor melancólico profundo, ó bien este último estadio sólo consiste en una ligera depresión melancólica, mientras que el otro reviste la forma de la manía más aguda; en resumen, no hay relación ninguna precisa entre la intensidad de una fase y la de la otra, y si bien es posible pueda acontecer que una manía aguda corresponda á un estupor melancólico, parece, con todo, que la combinación más común y frecuente es la de la excitación maníaca con la depresión melancólica.

La fase de excitación, según BALL, y en ello estamos conformes por la experiencia de los casos que hemos visto, se caracteriza por los síntomas de la locura mal llamada razonadora y por tanto por su delirio sin concepciones delirantes definidas. En estos enfermos hay una perversión notable del sentido moral con conciencia de su estado en algunos casos; esta perturbación moral hace de estos alienados unos seres insoportables y peligrosos, aparte de sus violencias materiales, por ser chismosos, calumniadores y mentirosos en grado sumo. Además del odio que sienten hacia sus parientes, ofrecen dos hechos, que adquieren un desarrollo grande, tales son: la tendencia al abuso de las bebidas alcohólicas y un erotismo marcadísimo y que en la mujer llama más la atención por su intensidad. Otro de los síntomas de este período que se hacen más evidentes es una exaltación notable de la memoria. Esto es lo único que hay que recordar como especial en la sintomatología del período de excitación de la locura circular, ya que el período melancólico no ofrece nada de particular interés.

Una vez constituída la dolencia, lo habitual y común es,

que un acceso se parezca á los que le han de seguir en lo sucesivo, en términos que conocido uno y su expresión sintomática se conocen los siguientes.

«La transición de un período al otro no se efectúa siempre de la misma manera. Ya el cambio es brusco é instantáneo; puede entonces realizarse durante el sueño, y el individuo que se dejó la víspera maníaco, por ejemplo, se despierta á la mañana siguiente melancólico. Este es frecuentemente el caso en las variedades de locura de doble forma de fases y accesos muy cortos. Lo más común es ver el paso de un estado al otro hacerse por gradaciones insensibles, si bien parece que llega un momento en que el individuo no parece estar ni maníaco, ni melancólico, sino en estado de equilibrio perfecto. Este momento de equilibrio se ha interpretado de distinta manera, desde el principio. FALRET, padre, lo consideraba como una verdadera intermitencia de corta duración, de suerte que, para él, el acceso se componía de tres períodos: el uno de manía, el segundo de intermitencia y el tercero de melancolía. BAILLARGER, por su parte, ha demostrado, que este momento de equilibrio no era una intermitencia, sino un simple instante, difícil de precisar, que atraviesa el enfermo sin detenerse, para pasar del período de manía al período de melancolía y que, por consiguiente, los dos estados se suceden sin interrupción, como los diversos estadios de la fiebre intermitente. Esto es, en efecto, lo que pasa más habitualmente; mas la intermitencia admitida por FALRET puede observarse en ciertos casos excepcionales. RITTI los considera no como casos de locura de doble forma, sino como accesos alternantes de manía y de melancolía periódicas (locura periódica de formas alternas). Un último modo de transición, por oscilaciones sucesivas, consiste en alternativas aproximadas de excitación y de depresión, sirviendo de intermediario entre el fin de un período y el principio del siguiente.»

Bajo el punto de vista somático, durante el período de exci-

tación, se presentan los enfermos animados, satisfechos de sí mismos, vestidos llamativamente y con oropeles, rejuvenecidos, la vista brillante, turbulentos y en movimiento continuo, su cara encendida, gruesos y nutridos con el peso del cuerpo aumentado, circulación y respiración activas, todo ello á pesar del insomnio que les es casi habitual. El reverso de la medalla es la fase melancólica ó depresiva: se les ve enrojecidos, abatidos, postrados, sin fuerza ni energía, á algunos hay que arrancarles de la cama y vestirles; adelgazan rápidamente, los trastornos digestivos son frecuentes y llegan hasta la sitofobia en ciertos casos, etc.

Como se ve, no puede ser más notable y característico el contraste que ofrece esta enfermedad mental.

Terminado el estudio de la composición de los accesos vamos á ver de qué manera se suceden éstos y cómo se asocian entre sí, así como también los varios nombres que ha recibido esta dolencia según sus distintas formas.

Los períodos de agitación y de depresión se suceden sin intermitencia ó lucidez evidente, *locura circular* de la mayoría de los autores ó *locura de doble forma continua* de RÉGIS; después de los períodos de manía y de melancolía se sigue una fase ó etapa de lucidez completa, *locura de doble forma* ó según RÉGIS, *locura de doble forma de accesos separados* ó *intermitente*. Hay una tercera forma, que según J. P. FALRET y LUDWIG MAYER, sería de las más frecuentes y á la que dan el nombre de *locura de formas alternas* en las que cada período de excitación y de depresión están separados entre sí por una intermitencia lúcida (1). A continuación ponemos la evolución de estas variedades en forma de cuadro sinóptico, para que se comprendan mejor.

(1) BALL da el nombre de *locura alternante*, á la variedad de locura circular en que ambos períodos son muy cortos.

Locura circular, locura de doble forma continua . . .	Manía. Melancolía.
Locura de doble forma, locura de doble forma de accesos separados ó intermitente.	Manía. Melancolía. Intermitencia lúcida.
Locura de formas alternas.	Manía. Intermitencia lúcida. Melancolía. Intermitencia lúcida.

Algunos frenópatas, sin asimilarla por completo, admiten alguna relación, como una cierta afinidad entre la afección que nos ocupa y la locura intermitente simple ó periódica (manía ó melancolía intermitentes), y entre otros, RITTI, opina que la locura de formas alternas, más bien debe colocarse al lado de la intermitente que no en el grupo de la locura circular y la de doble forma.

Para BAILLARGER y FALRET el estadio maníaco es el inicial de la locura circular y de las demás variedades, siguiéndole después la fase de depresión; LUDWIG MEYER, J. FALRET y GUISLAIN y otros creen, que es el período melancólico el punto de partida de esta enfermedad, presentándose luego el de excitación; lo cierto es, que ambos modos de empezar la dolencia pueden verse en la práctica.

Como se deduce fácilmente de la descripción de la locura de doble forma, ésta es de marcha crónica y periódica. La duración de los accesos varía entre límites muy extensos; hay casos en que cada período es de un día, de dos, de un mes, de un año y hasta de varios años. Así como no hay relación entre la intensidad de un período con la del otro del mismo acceso, así tampoco existe entre la duración de los mismos; BAILLARGER hace notar que cuanto más cortos son más iguales ambas fases; en los casos en que son desiguales los dos períodos, el melancólico ó de depresión suele ser el más largo. La duración de los accesos, uno con otro, una vez establecida la enfermedad, en

general, acostumbra á ser la misma ó, si hay diferencia, ésta, por lo común, está poco acentuada. La intermitencia ó sea la fase de lucidez, también es variable en su duración desde algunos días, á meses y hasta algunos años. En su conjunto, pues, la enfermedad se prolonga por tiempo indefinido y casi siempre muy largo.

Hay casos, en especial en los de locura de doble forma, de accesos formados por largos períodos, en que al cabo de muchos años se transforma la enfermedad en una manía ó melancolía continua, ó mejor dicho, remitente: este es un hecho sumamente raro, como también lo es, y de un modo excepcional, la curación de esta enfermedad. El pronóstico, pues, de la locura de doble fase, es muy grave, por ser su incurabilidad casi absoluta; siendo muy curioso notar, como lo hizo por vez primera FALRET (padre), que una dolencia constituída por las dos formas de locura más curables, sea una de las más incurables que conoce la Frenopatía. Al cabo de muchos años, si antes no ha sobrevenido la muerte, sobre todo por una de las frecuentes crisis de congestión cerebral, que padecen estos enfermos, acaban por caer en la demencia. Debemos hacer notar, por último, que esta afección no parece, aparte de lo antes dicho, ejercer ninguna influencia sobre la salud física, que no se resiente poco ni mucho, ni sobre la longevidad, que puede ser notable.

II.—DE LA PARÁLISIS GENERAL

Es esta una enfermedad, que tanto pertenece al estudio de la Frenopatía como al de la Neuropatología, pues si bien los síntomas somáticos y las constantes lesiones anatómicas que presenta, la colocan al lado de las afecciones orgánicas de los centros nerviosos, los trastornos psíquicos, algunos muy típicos de ella, justifican se ocupe de la misma la medicina mental.

Su conocimiento es muy moderno, pues puede decirse se

empieza con la iniciación de la reforma de PINEL, continuada por ESQUIROL; sin embargo, hasta estos últimos tiempos no se ha completado, faltando aún muchos puntos que dilucidar. Es evidente que esto no quiere suponer que no existiera en la antigüedad la afección que vamos á estudiar, pues en nuestro concepto su desconocimiento se debía al atraso de la Medicina mental y de la neuropatología, y quizá influya en ello el hecho de ser antes menos frecuente que ahora, pues las condiciones de la civilización actual son más abonadas para su desarrollo, el que tal grado alcanza, que algunos autores afirman que el 30 por 100 de la población de los manicomios sufre la parálisis general.

Es esta una enfermedad cerebral ó cerebro-espinal, cuyos síntomas son progresivos, de parálisis y demencia (demencia paralítica), con otros distintos, en especial un delirio de forma megalománica ó hipocondríaca, la mayoría de las veces (locura paralítica). Se la conoce con los nombres de *parálisis general progresiva de los enajenados, mielo-meningo-encefalitis crónica intersticial difusa,* y en patología común por *periencefalitis* ó *encefalitis intersticial difusa.*

A poco que nos extendiéramos, no nos bastaría todo este volumen para exponer cuanto á esta enfermedad se refiere; así es, que como su estudio se hace, por otra parte, también en las obras que se ocupan de las enfermedades de los centros nerviosos, nos concretaremos á ocuparnos, desde nuestro punto de vista, de lo más esencial é importante en el concepto frenopático.

Uno de los puntos menos esclarecidos en la periencefalitis es el de la etiología, en atención á lo complejo de ésta. La herencia morbosa es de los más controvertidos; pero en este caso no se trata de la herencia vesánica, sino de una herencia congestiva ó cerebral, la que parece no cabe ponerse en duda; pero esto no quiere decir que entre los ascendientes de los paralíticos no se encuentren, y hasta con relativa frecuencia, casos de alienación mental. Respecto al sexo, en general, predominan los hom-

bres; pero esto, que es exacto tratándose de las clases elevadas y cultas de la sociedad, donde es más frecuente esta dolencia, á medida que descendemos en la posición social, la desproporción entre los dos sexos es menor (100 hombres por 5 mujeres en el primer caso; 100 hombres por 40 ó 45 mujeres en el último, según CULLERRE); un hecho observado por muchos autores y comprobado por nosotros, es que en el sexo femenino esta enfermedad ataca con más frecuencia á las prostitutas y á aquellas mujeres que viven irregularmente ó amancebadas; así como también que cada día aumenta el número de paralíticas en proporción mayor, que lo hace en los hombres. RÉGIS dice, que se han observado algunos casos de parálisis general conyugal, esto es, en los dos esposos, y él lo atribuye á la sifilización de ambos cónyuges. Además en la mujer la aparición de la enfermedad es más tardía, su evolución más lenta, revistiendo por lo común la forma de demencia paralítica.

La paralísis general es más frecuente de los treinta á los cincuenta años, época del completo desarrollo psíquico; parece, sin embargo, que tiende á ser más temprana su aparición, en términos que se han visto casos de periencefalitis precoz ó prematura, así como también se conocen casos tardíos y hasta seniles. A la inversa que la locura, parece ser más frecuente en los casados que en los célibes. Las profesiones liberales dan un contingente mayor, siendo de notar el gran número de militares que sufren esta dolencia, hecho citado por los autores y que hemos visto confirmado. En Europa y sobre todo en la América del Norte, es donde hace más estragos la parálisis general, lo que se comprende dada la influencia que en su desarrollo tienen las luchas que impone la civilización. Estas son, resumidas, las principales circunstancias que parece influyen para predisponer al individuo á padecer esta enfermedad.

Como causa ocasional ó determinante algunos consideran que lo es poco menos que de un modo exclusivo la sífilis; sin

negar su influencia creemos, que no es ésta tan absoluta como se la ha querido hacer. Los excesos de todo género, en especial aquellos que determinan un eretismo del sistema nervioso ó colocan á estos centros en estado de inminencia morbosa, como el agotamiento intelectual, los excesos venéreos, la insolación y los traumatismos del cráneo, parece juegan un papel importante en la producción del daño. También de un modo fundado, no son para olvidar algunas causas de origen moral.

Prodromos ó período preparalítico. — Lentamente evoluciona en sus comienzos esta enfermedad, pues años á veces necesita la parálisis general para alcanzar un desarrollo que la haga perceptible, aun en aquellos casos en que parece estalla de un modo brusco después de un ataque congestivo, el que, agravando el estado del paciente, lo hace más fácilmente observable. Empieza, bajo el punto de vista psíquico, por cambios en el carácter, que varían poco á poco el modo de ser propio del individuo; si era alegre, expansivo y animado, se siente abatido; su inteligencia y su energía mental decaen; están deprimidas; la memoria ofrece también obnubilaciones y olvidos; estos individuos se preocupan excesivamente de su estado y se vuelven sombríos, cambian de humor, se hacen irritables, con verdaderas crisis hipocondríacas ó de depresión melancólica en algunas ocasiones; sienten malestar físico, palpitaciones, etc. Pero más comúnmente es á la inversa el cuadro que observamos; hay en ellos un aumento de la actividad, pero de mal augurio; se lanzan á especulaciones peligrosas y atrevidas; proyectos ambiciosos les preocupan, entregándose al trabajo con ardor desusado; en suma, hállanse en continuo movimiento sin resultado útil en muchos casos; se hacen pródigos, disipadores; su apetito se exagera; tienen una tendencia marcada á los excesos alcohólicos y venéreos. En ambos casos, se vuelven orgullosos, egoístas, indiferentes á todo, hasta olvidar á sus familias mismas, aunque á veces estas alteraciones del carácter las oculten ó disimulen en parte

con una sensiblería ya patológica. Hay otros enfermos, en los que en lugar de cambios en su modo de ser psíquico se observa en ellos pérdida de la memoria y debilidad intelectual progresivas, incorrección en su escritura y olvido de las reglas de buena educación, etc.; esto es, los síntomas de una demencia que se inicia. Otras veces el período prodrómico de la parálisis general se caracteriza por el cuadro de una alienación mental, sin nada que haga sospechar una periencefalitis (1), como de ello hemos podido observar dos casos, que fueron diagnosticados de estupor melancólico.

Este período, llamado también por algunos predelirante (CHRISTIAN), ofrece trastornos somáticos variados, que existen de larga fecha y que en opinión de algunos frenópatas son á veces anteriores y más importantes que los síntomas correspondientes de orden psíquico. Su fisonomía sufre alguna alteración, el tinte es mate, las carnes flácidas y pálidas, los rasgos fisionomónicos con menor expresión, la mirada apagada, cuando hay depresión; roja la cara y los ojos brillantes, en los casos en que se encuentra exaltación. La motilidad unas veces aumentada es asiento de espasmos y convulsiones, para luego hacer lugar, cuando no se encuentran desde el principio, á parálisis que ya á menudo se localizan en la región ocular: estrabismo, diplopia, desigualdad pupilar, etc. La sensibilidad presenta desórdenes distintos: hiperestesias y anestesias de la piel y de los sentidos, perturbaciones de los reflejos, sobre todo pérdida del reflejo cremasteriano; cefalalgia y neuralgias erráticas y rebeldes al tratamiento, jaqueca oftálmica y otras; síntomas de neurastenia, de epilepsia y de epilepsia jacksoniana. Sueño frecuentemente alterado, rebelde y ligero, ó pesado y lleno de ensueños, pesadi-

(1) *Consideraciones sobre dos casos de una forma poco común de la parálisis general, con aplicación al estudio de la curabilidad de dicha dolencia,* Memoria presentada al Congreso Médico Internacional de Barcelona, en Septiembre de 1889, por don JOAQUÍN MARTÍNEZ VALVERDE.

llas y sobresaltos. Según RÉGIS, pueden observarse alteraciones tróficas del esternón con osificación y depresión del apéndice xifoides que ocasionan dolores y un tipo de respiración abdominal y suspirosa en particular durante el sueño. Crisis gástricas, análogas á las de la tabes; alteraciones del apetito y trastornos varios del estómago y de la digestión que llegan á simular una afección grave de dicho órgano, como el cáncer; cólicos y diarreas incoercibles. También hay crisis vesicales y alteraciones de la orina en cantidad y en calidad (peptonuria, glicosuria, albuminuria); desórdenes de la circulación y del movimiento cardíaco. Alteraciones tróficas semejantes á las de la tabes se encuentran bastante frecuentemente: mal perforante del pie, alteraciones del sudor, caída de las uñas, etc., retardo ó desaparición de las reglas y cambios en la potencia genésica.

Todo este conjunto de síntomas van apareciendo poco á poco, de un modo lento, por lo común, hasta que el decaimiento físico, moral é intelectual es ya evidente y acentuado. El enfermo está inhábil para el trabajo, sus movimientos son torpes, particularmente cuando han de ser algo precisos y delicados, presentando ya algunos desórdenes de la palabra; con grosería en sus actos, falta de delicadeza en su conducta, cínico en su erotismo, ó descuidado en su porte; obsérvanse además amnesias extrañas, errores de ortografía y de cálculo, siendo ya evidente lo absurdo de sus actos y pensamientos: tal es el estado del paralítico al empezar el primer período de su enfermedad y cesar los prodromos.

Primer período.—Vamos á ocuparnos de los síntomas somáticos característicos de la periencefalitis, para después estudiar el delirio y las alteraciones morales.

Uno de los síntomas más propios de esta dolencia y en cierto modo patognomónico es el arrastre ó dificultad de la palabra. Compréndese, pues, fácilmente cuán importante es su conocimiento, ya que al principio tal indecisión ó arrastre es

poco perceptible é intermitente; la contracción irregular y convulsiva de los músculos de la cara, labios y lengua sobre todo son lo que la producen; en los primeros tiempos tal contracción es fibrilar, la palabra es lenta como arrastrada ó salmodiada; una sílaba mal pronunciada detiene la emisión del sonido para seguir al cabo de un instante; al principio sólo es perceptible tal síntoma después de comer, de una lectura en voz alta ó de una conversación prolongada, de una emoción, pero á medida que adelanta el mal, se hace más y más evidente. De dos maneras se observa: ó bien en una forma atáxica, como por incoordinación, entrecortando las sílabas, de un modo lento las primeras y precipitadamente y á saltos las últimas; ó bien paralíticamente emitiendo el sonido con pausa y como deletreando; esta última variedad se ve más frecuentemente en la mujer. En ambos casos la conversación es monótona y pesada, y sobre todo en la ataxia, al empezar la frase, hay una serie de temblores fibrilares de los labios y la lengua como si tuviera que hacerse un esfuerzo. En ciertas ocasiones es más pronunciado este trastorno, y entre ellas en la época menstrual y en las antes citadas; siendo también más evidente al pronunciar palabras largas y con muchas erres y en general en aquellas en que hay que poner en juego principalmente los labios y la lengua.

De los trastornos de la motilidad en la parálisis general son también de los más precoces y característicos los oculares y de un modo primordial los de la pupila. Raro es el caso en el que no se pueda comprobar una alteración en los ojos; pero el más típico ó sea la desigualdad pupilar deja de observarse la tercera parte de las veces; se encuentra la miosis más exagerada, sobre todo al principio; pero ella es menos frecuente que la diferencia de dilatación de las pupilas; parece que la alterada, es la que ofrece mayor amplitud en su diámetro; su forma á menudo deja de ser circular para adquirir en algunos casos la elíptica, por ejemplo; además de estas alteraciones puede verse pereza

en la pupila á la acción de la luz y de la acomodación y otras perturbaciones; los restantes síntomas oculares, son: el nistagmus, la amaurosis, la ptosis, la acromatopsia, etc.

Los otros desórdenes motores pueden en su conjunto considerarse primero como atáxicos y más adelantado el mal como de origen parésico ó paralítico. Vimos ya los de la lengua, labios, etc.: de igual manera se encuentra en otros músculos el temblor fibrilar é intermitente, en especial al iniciar un movimiento ó hacer un esfuerzo; los enfermos están torpes para vestirse, para abrocharse un botón, etc., esto es para realizar un acto manual algo delicado, en términos que cada día les es esto más difícil; como se comprende aparte de los caracteres de expresión, como errores de ortografía, faltas de sintaxis, olvido de sílabas y palabras, etc., la escritura indica el desorden de la contración muscular, ya que las letras son desiguales, irregulares y temblonas, las palabras están mal formadas y los rasgos pierden su limpieza, hasta que los progresos del mal la convierten en garabatos ininteligibles. La cara suele no ofrecer expresión alguna ó un algo especial al que contribuye la ligera exoftalmía que hay á veces, es decir, cierto aspecto de estupidez *(facies paralítica)*; nótase alguna disfonía ó cambio en la voz, en los miembros abdominales, después de un período atáxico sigue otro, en el que á este género de alteración se añade la parálisis y mejor la paresia. Es muy característico el rechinar de dientes, que á menudo encontramos en los paralíticos y á veces bastante precozmente, junto con la rumiación.

De todos estos síntomas de la motilidad y de otros que podrían citarse, los más gráficos, aquellos cuyo conjunto casi es patognomónico, son: alteración de la palabra, desigualdad pupilar, cambios de la escritura, rechinar de dientes y la ataxia con el temblor; este es del tipo de oscilaciones rápidas y vibratorias de CHARCOT.

Los desórdenes de la sensibilidad son menos típicos y por

tanto su importancia mucho menor. La anestesia cutánea es el trastorno más precoz y evidente, que disminuye al presentarse los trastornos musculares, pudiendo ser de diversas formas y extensión; la sensibilidad táctil está embotada, así como la olfatoria y gustativa y la de la visión; según A. VOISIN la disminución ó pérdida bilateral ó unilateral del olfato es un signo precoz, casi exclusivo de la periencefalitis y por tanto de gran valor diagnóstico. Los reflejos cutáneos y cremasteriano suelen estar abolidos ó disminuídos y los de los tendones exaltados, en opinión de algunos frenópatas.

Encuéntrase alguna alteración de la temperatura y del pulso, pero de los cambios en la manera de ser de las funciones orgánicas sólo tienen valor los trastornos digestivos, que consisten en un aumento exageradísimo á veces del apetito y en el estreñimiento pertinaz, siendo este último muy digno de mención por su influencia en algunas complicaciones.

2.º período.—Entre el fin del período anterior y el principio de éste no hay límites bien precisos, pues los síntomas que antes hemos descrito y otros de menor importancia van presentándose y desarrollándose poco á poco, pero de un modo progresivo; mas en este momento el cuadro sintomático se ha completado, en términos, que el diagnóstico de la dolencia es muy fácil en esta época. Uno de los hechos bastante característicos es el estado florido y excelente de la nutrición. Los desórdenes psíquicos de esta enfermedad adquieren también su cabal desenvolvimiento; de ellos, en todos los períodos de la afección, nos ocuparemos terminado el estudio de los trastornos somáticos en las distintas etapas de la periencefalitis.

La palabra va emitiéndose cada vez con más dificultad hasta hacerse poco menos que incomprensible, consistiendo en una mezcla de tartamudeo, y de balbuceamiento; se observan fenómenos afásicos en algunos instantes y crisis de mutismo. El temblor y la paresia de los movimientos se acentúan, hasta el

extremo de que, junto con la ataxia, den lugar á frecuentes caídas. La facies especial se pronuncia, perdiendo la cara toda expresión de vivacidad; el apetito es voraz y comen glotonamente sin apenas masticar los alimentos, y en grandes porciones, lo que, unido á la paresia muscular de la faringe, da lugar á que la deglución se haga difícilmente y sobrevenga á veces la asfixia por diversos mecanismos, pero que todos consisten en que, directa ó indirectamente, se impide el acceso del aire á las vías respiratorias. El rechinar de los dientes y los movimientos de rumiación y deglución son casi continuos. Hay contracturas, en especial del cuello, y trastornos vasomotores. La escritura cada vez es más ininteligible y así al cabo de más ó menos tiempo se entra en el período siguiente.

Período terminal.—El paso á este período está indicado por la aparición de la paresia y subsiguiente incontinencia urinaria y fecal; primero estos síntomas son intermitentes, se orinan de noche en la cama, luego en sus vestidos, hasta que constantemente dejan escapar su orina, como igualmente hacen con sus excrementos.

Los síntomas somáticos llegan á su máximum de intensidad; la palabra es completamente ininteligible; la paresia y la ataxia alcanzan tal extremo, que les es casi imposible andar, las caídas son frecuentes, y por último, sólo pueden permanecer en un sillón, y luego ni aun esto, sino en la cama. La sensibilidad es casi nula; los temblores y las contracturas se acentúan, como todos los demás síntomas que cada vez más van sumiendo al enfermo en un estado de decadencia y caquexia orgánicas profundas.

Este es el período de los desórdenes tróficos que tanto contribuyen á la degradación somática del paralítico. Tales trastornos consisten, en algunos casos, en facilidad en fracturarse los huesos; más comunes son eritemas, abscesos, caída y distrofias de las uñas y dientes, púrpura y mal perforante del pie. La piel

es asiento de infinidad de lesiones, que indican la gran perturbación de los procesos íntimos de nutrición. Pero de estos síntomas tróficos los más característicos son las escaras (principalmente del sacro, nalgas y talón) y los hematomas de la oreja. Las escaras llegan á alcanzar una extensión y profundidad extraordinarias, pero á pesar de ello pueden curar con relativa prontitud; un paralítico que tuvimos á nuestro cuidado, presentó una escara que abrazaba las dos nalgas y toda la región sacra dejando al descubierto todo el hueso sacro, y á pesar de tal daño curó pronta y completamente de tal lesión. Los hematomas son más frecuentes en los paralíticos, en especial en época avanzada de su mal, que en los otros enfermos de la mente; no hemos de insistir sobre su descripción, la que hicimos al ocuparnos de los síntomas somáticos de la alienación mental en general. Igualmente se presentan gangrenas probablemente debidas á trombosis por alteraciones sanguíneas.

En este estado las digestiones, que se hacían excelentemente, también se perturban; la diarrea sustituye al estreñimiento, que alterna con aquélla; el enfermo se adelgaza y el aniquilamiento y el marasmo son completos. En este estado la decadencia del ser humano es profunda y lamentable, hasta que al fin la muerte pone término á ella, ó bien por los progresos del marasmo y la caquexia, ó por alguna afección intercurrente, ó por cualquiera de las complicaciones de que nos ocuparemos.

Estado psíquico en la parálisis general.—El cuadro sindrómico somático en sus tres períodos más ó menos completo se encuentra en todos los casos de parálisis general, no sucediendo lo mismo por lo que se refiere á los desórdenes psíquicos. Por este concepto pueden dividirse estos enfermos en dos grupos: aquellos en los que hay pérdida de la inteligencia y de todas las facultades anímicas, esto es, la demencia paralítica, sin ningún trastorno delirante; y aquellos en que el delirio se presenta, en términos que enmascara algo los demás síntomas y entre

éstos la demencia, que es en el fondo el substráctum psíquico de la periencefalitis.

Las modificaciones intelectuales y morales á que da lugar la demencia paralítica, no ofrecen nada esencial que la distinga de las demás demencias, á no ser los trastornos somáticos concomitantes, que por otra parte no parecen tan acentuados. La debilidad progresiva de todas las facultades psíquicas, sobre todo de la memoria, junto con lo absurdo y pueril de su conducta, resumen esta variedad de la periencefalitis; sucios y descuidados en el vestir, y con frecuencia llevando á cabo robos de objetos inútiles y sin provecho, se vuelven indiferentes, embotándose sus sentimientos y afectos. La demencia paralítica es más frecuente de lo que en general se cree, en particular en la mujer.

Pero en otros muchos casos á la sintomatología física ya referida se agrega un trastorno delirante, una verdadera locura generalizada. Esta puede ser de forma maníaca ó melancólica.

El delirio expansivo ó maníaco es de mucho el más frecuente, sobre todo al principio, bajo la forma de delirio ambicioso ó megalománico. Una exaltación más ó menos marcada, así intelectual como moral y física, una dinamia completa que se traduce por un estado de satisfacción, de contento de sí mismo que tiene el paciente, con una necesidad del movimiento continuo; un alarde de sus fuerzas y de su salud; hay una inclinación marcada á los excesos alcohólicos y al erotismo, y en ocasiones tendencia á efectuar robos absurdos. Ideas de ambición, de grandes inventos y de riquezas llenan su imaginación, mostrándose los enfermos comunicativos y expansivos. El delirio de grandezas aparece en todos revistiendo alguna uniformidad y es bastante típico: sus caracteres fundamentales son el ser absurdo, movible, contradictorio é incoherente; esto es, siempre asoma la demencia propia y casi esencial de la parálisis general. Todas cuantas grandezas son posibles y concebibles, cuantas dignidades, títulos, riquezas pueden soñarse forman el

tema del delirio; el paralítico no habla más que de millones, de oro, brillantes y piedras preciosas, etc.; todo lo suyo es lo mejor, lo más bello y lo más rico; en suma, vive en la más completa satisfacción, la que exterioriza en sus actos y en sus palabras; salvo algún acceso de arrebato, suelen ser generosos, espléndidos y todo lo reparten ó dan en ciertos casos. Tal excitación y tal delirio no adquiere en seguida ni rápidamente todo su desarrollo, sino que poco á poco van apareciendo las concepciones delirantes cuya descripción completa es imposible hacer. Las alucinaciones son raras y poco frecuentes y en caso de existir son también variables. Difieren los paralíticos de los verdaderos megalómanos, en que éstos son lógicos, orgullosos, su delirio se sistematiza siempre más ó menos y su conducta está en consonancia con sus concepciones delirantes.

En los primeros tiempos del conocimiento de la parálisis general pudo creerse con BAYLE, que el delirio melagománico era patognomónico de esta enfermedad, pero posteriormente se vió, que tal hecho no era cierto en absoluto y que, si bien era muy frecuente, no dejaba de haber casos en que el delirio era de carácter depresivo en cualquiera de sus formas. El más común es la melancolía aguda, predominando las ideas hipocondríacas, pero siempre con el mismo fondo absurdo é incoherente; las concepciones delirantes versan de un modo preferente sobre las funciones orgánicas y en particular las digestivas: no tienen boca, están podridos sus órganos y así á este tenor; también pueden observarse las ideas de deshonra, de culpabilidad, de ruina, etc., así como las de suicidio y hasta la sitofobia.

Las otras variedades delirantes que pueden encontrarse en la periencefalitis, aunque con una frecuencia menor, son: la manía aguda con excitación intensa y delirio megalománico siempre incoherente; el delirio agudo paralítico, forma agudísima y prontamente mortal; la depresión melancólica y hasta el estupor melancólico. Estos delirios pueden alternar entre sí, una

variedad maníaca suceder á una depresiva y viceversa, y nos encontramos entonces con la parálisis general de doble forma ó circular, en la que el delirio presenta uno de los ciclos de la locura de doble forma, y que parece ser propia de los hereditarios. A veces estalla primero un delirio para desaparecer más tarde y quedar la demencia paralítica ó presentarse una variedad delirante distinta. Hay ocasiones en que se encuentra la locura paralítica sin síntomas somáticos ó de demencia, pudiendo hasta sobrevenir la muerte, antes que esta demencia se patentice ó exteriorice; de una de estas variedades accidentales son ejemplo los dos casos de la Memoria, que antes citamos (1), siendo en estas circunstancias dificilísimo el diagnóstico, que sólo puede aclarar ó hacer sospechar en vida lo absurdo y pueril del delirio *(parálisis general latente).*

Hay una variedad delirante, que exige nos fijemos en ella, pues parece ser la transición entre todas estas formas, el delirio de las pequeñeces de MATERNE, ó micromaníaco de A. VOISIN; los enfermos se creen del tamaño de una pulga; que como cama les basta una cuna, etc. Podrían estas concepciones delirantes agruparse con las que el mismo VOISIN llama delirio de las exageraciones; así el paciente hace muchos siglos que está enfermo; tiene muchos millones de deudas, etc. En ambos casos domina, como se ve, la hipérbole y hay un fondo hipocondríaco.

Complicaciones. — Durante el curso de la periencefalitis difusa y en cualquiera de sus períodos se presentan unas complicaciones ó ataques, que tienen una influencia funesta sobre la evolución de la enfermedad, ya que generalmente pasados que son, es más grave el estado del paralítico. Los más frecuentes y típicos son los ataques apopletiformes y los epileptiformes; así los primeros como los últimos tienen un origen congestivo, esto

(1) *Consideraciones sobre dos casos de una forma poco común de la parálisis general,* etc., por el DR. MARTÍNEZ VALVERDE, Barcelona, 1889.

es, debido con toda probabilidad al aflujo hiperémico hacia los centros nerviosos. Por su forma se han subdividido en comatosos, hemiplégicos, apopletiformes y epileptiformes; estos últimos son más frecuentes en períodos avanzados de la enfermedad. Los síntomas por los que se manifiestan las tres primeras variedades de ataques, su nombre indica bien á las claras cuáles sean y creemos superfluo enumerarlos; se presentan el mayor número de veces en la variedad maníaca de la parálisis general y están directamente relacionados con la congestión del cerebro, pudiendo en ciertos casos iniciar la marcha ó aparición evidente de la dolencia y producir la muerte brusca é inesperadamente, sobre todo en los períodos avanzados del mal; su gravedad parece estar en el orden que se han mencionado; la observación nos ha confirmado que cuando el estreñimiento de los paralíticos es muy duradero y pertinaz, tales ataques son más inminentes y graves; la elevación de temperatura es constante durante ellos y tanto más alta, en general, cuanto mayor es su gravedad. Menos frecuentes son ciertos ataques apopletiformes debidos á derrame seroso de las meninges é hidropesía ventricular; en estos casos como signo diagnóstico encontramos el descenso de la temperatura.

Los ataques epileptiformes preséntanse aislados ó varios seguidos, hasta constituirse un verdadero estado epiléptico; pueden ser generales y parciales ó revestir cualquiera de las formas siguientes: convulsiva común y franca, vertiginosa, jacksoniana y eclámptica, que es la más común y grave. Los síntomas son los del mal comicial en estas variedades, acompañándose de elevación de la temperatura y ocasionando á veces la muerte.

Sea cual sea el ataque sufrido por el paralítico, después de él, como hemos ya dicho, hay una agravación en su estado y en sus síntomas; de éstos los que más se resienten son la memoria, las alteraciones de la palabra y los trastornos atáxicos.

y la parálisis de los esfínteres. En el hombre vense con más frecuencia estos episodios sindrómicos que en la mujer, en la que no revisten una forma tan aguda por lo común.

Aunque mucho más raros, se observan otros ataques ó complicaciones, ya histeriformes, histero-epileptiformes, tetánicos ó expresión de hiperemias ó irritaciones de la médula espinal.

Formas de la parálisis general

Al principio no se conocía más que una forma, la típica, la clásica con el delirio expansivo y megalománico; pero á medida que se ha ido progresando en el estudio de esta enfermedad, se ha ido subdividiendo y admitiendo variedades, de algunas de las cuales nos hemos ocupado ya.

REGIS sólo admite dos fundamentales, conforme en ello con la teoría dualista de la parálisis general de SIMÓN en Alemania y BAILLARGER en Francia; teoría caída en desuso, ya que sólo se trata de variantes de expresión clínica, pues el final de la dolencia y las lesiones anatómicas son las mismas; estas variedades son: la demencia paralítica y la locura paralítica y ésta con sus subdivisiones de circular, aguda, etc.; no hemos de repetir cuáles son sus síntomas.

BALL admite las siguientes formas; parálisis general sin alienación, esto es, la demencia paralítica, la espinal ó ascendente, la congestiva, la melancólica, la expansiva, la convulsiva ó epiléptica, la circular, la galopante y la femenina.

CULLERRE estudia la parálisis general aguda, la común, la demencia paralítica y la espinal.

En suma, como se comprende, sería fácil prolongar al infinito las variedades sin nada esencial que las distinguiera; sólo por las particularidades clínicas que ofrecen, diremos algunas palabras acerca de la espinal y de la aguda ó galopante.

La parálisis general de forma espinal ó ascendente, descrita primero por BAILLARGER y luego por WESTPHAL y FOVILLE, se distingue por iniciarse los síntomas de la enfermedad por trastornos de origen medular, ya simulando una esclerosis en placas ó bien una ataxia locomotriz, predominando ó siendo á veces tales desórdenes medulares los más evidentes durante el curso del mal; hemos tenido ocasión de observar un oficial del ejército, á quien en un acto del servicio le sobrevino una amaurosis y luego más tarde síntomas parapléjicos, dolores fulgurantes y la faja ó cinturón epigástrico; durante mucho tiempo se le trató como un atáxico, hasta que más adelante fué ascendiendo la lesión, y siempre predominando la esclerosis de los cordones posteriores, terminó por periencefalitis difusa, de la que murió.

La parálisis general aguda, fulminante ó galopante, primeramente estudiada por BEAU y TRÉLAT, se caracteriza por lo rápido de su curso, que puede ser hasta de pocos días, y por acompañarse de fiebre intensa con síntomas tíficos ó de infección; en casos raros puede detenerse en su marcha y adquirir la de la forma clásica.

La parálisis general en la mujer también ofrece particularidades clínicas, que la especializan y de las que nos hemos ocupado al tratar de los síntomas, del delirio y de las complicaciones.

Dada la homogeneidad fundamental de la parálisis general parece había de seguir una marcha regular, pero las remisiones é intermitencias que presenta, hacen que aquélla varíe según los casos; cuando la forma es continua, entonces la marcha es progresiva, agravándose el paciente después de las complicaciones, hasta sobrevenir la muerte al cabo de dos ó tres años en el hombre y tres ó cuatro en la mujer (por término medio), si bien estas duraciones presentan frecuentes diferencias, ya por el delirio concomitante, por la variedad clínica como la circular, etc.,

y en estas circunstancias llega á durar hasta siete, ocho y más años. Algunos autores admiten algunos casos de curación de la periencefalitis difusa; RÉGIS dice, que en la locura paralítica sin la demencia, y por tanto, faltando las lesiones incurables de ella, puede alcanzarse tan feliz terminación; nuestro maestro y amigo, el doctor GALCERÁN, nos ha referido varias veces contar en su práctica dos casos de paralíticos curados; de todas maneras, el hecho es cuando menos excepcional; sin embargo, una asistencia cuidadosa puede alargar la vida de un modo notable.

Un hecho de importancia en el curso de la parálisis general son las remisiones; por tal entienden BAILLARGER y RÉGIS la desaparición del delirio ó acceso de locura con persistencia de la demencia paralítica, pudiendo ó no volverse á presentar la locura. Para BALL las remisiones son de dos clases: unas en que la dolencia permanece estacionaria sin avanzar ni agravarse, y otras en las que el mal retrograda, hasta volver el sujeto á la apariencia del estado de razón y de salud, y aun reanudar sus ocupaciones. Pueden ser todas las remisiones pasajeras ó momentáneas y durables alcanzando meses y años, citándose casos de diez, quince y hasta veinticinco años; pueden sobrevenir en cualquiera época, pero más en el primer período que en el segundo y menos cuanto más antiguo sea el mal; pero aparecen aun siendo muchos los estragos que ha producido la enfermedad. En general, y á pesar de las apariencias de curación, siempre persiste algún indicio de la enfermedad, aun teniendo el sujeto conciencia de su estado pasado y de lo absurdo de su delirio; entre los síntomas que suelen encontrarse, los más comunes son alguna alteración de la palabra, desigualdad de la pupila y algún desorden motor, aparte de observarse que la inteligencia no ha recobrado su vigor anterior ó normal y persistiendo además algún cambio de carácter. «Para el médico, semejante situación está llena de gravedad y no es otra cosa que un ligero grado de demencia» (MARCÉ). «Bajo el punto de vista

médico-legal, el conocimiento de estas circunstancias es de la más alta importancia, pues los individuos que están en semejante situación mental deben ser considerados como incapaces de administrar sus intereses y los de su familia» (CULLERRE).

Del diagnóstico nos ocuparemos al tratar de éste en lo que se refiere á las locuras en general, debiendo de paso hacer notar que ciertos estados morbosos como el alcoholismo, el saturnismo, la pelagra y la sífilis (por más que en lo que á esta última atañe muchos autores creen que la periencefalitis crónica difusa reconoce siempre por causa fundamental á esta última y en lo que, fundados en hechos de nuestra práctica particular, no estamos conformes en absoluto) dan lugar á formas morbosas conocidas con los nombres de seudoparálisis general saturnina, pelagrosa, etc., que se prestan á fácil confusión, así como ciertas esclerosis en placas, tumores cerebrales, etc., hecho que hacemos constar por su importancia.

El pronóstico de la parálisis general, por todo lo expuesto, se comprende fácilmente cuán sombrío hay que hacerlo.

III.—De la locura parcial crónica sistematizada

Hemos terminado el estudio de las locuras generalizadas, haciéndolo, si bien de un modo sucinto, con los suficientes datos para poder conocer y diagnosticar dichos estados; en ellos el desorden recaía sobre el conjunto general, sobre la totalidad de las facultades psíquicas del individuo, y aun cuando tal perturbación podía afectar más una de aquéllas, no por eso dejaban de estarlo y de un modo profundo y patente las demás. Ahora vamos á ocuparnos de otras afecciones mentales en que los enfermos «manifiestamente delirantes, no dejan de presentar el singular fenómeno de la integridad más ó menos aparente de las facultades silogísticas; son locos sin duda, pero locos que pueden vivir largo tiempo la vida común; que saben discutir,

escribir memorias justificativas y defender sus concepciones delirantes con bastante destreza, á veces, para convencer á los que les rodean. La atención, la memoria, la reflexión pueden parecer poco ó nada afectadas; el punto de partida de sus razonamientos es falso, pero en fin, ellos razonan.» (MAGNAN y SÉRIEUX). Esto es, como dice un distinguido frenópata, los primeros son locos que lo parecen, los segundos no lo parecen, ó sea que á los ojos del vulgo aquéllos están enfermos de la mente y cualquiera lo conoce y los últimos los cree cuerdos y sólo los diagnostican los mentalistas.

Esta clase de enfermos forman un grupo numeroso de las antiguas monomanías de ESQUIROL, que, sobre todo y de un modo definitivo, destruyó LASEGUE, al establecer como entidad morbosa su delirio de persecución, fundamento del actual delirio crónico progresivo sistematizado, que según la forma de su delirio se compondría de muchas locuras parciales, no siendo éstas, en realidad, más que fases de una sola y misma dolencia. Rica es la sinonimia de ella, cosa debida en parte al criterio ó punto de vista en que se colocan los que la han estudiado; así, *Psicosis sistemática progresiva* de GARNIER; *Psicosis sistemática crónica progresiva* de BALLET; *Delirio crónico regular* de CAMUSET; *Delirio crónico* de MAGNAN y SÉRIEUX; *Paranoya* de MENDEL y SNELL y de los autores italianos; *primäre Verrücktheit* de GRIESINGER y algunos alemanes, *chronischer Wahnsinn* de SCHÜLE y otros menos usados y que por tanto no es necesario conocer, como los que quedan expuestos.

Trátase de una locura de evolución lenta, crónica y progresiva, que empieza por una fase vaga, luego un período alucinatorio y con delirio variable, las más veces de persecución; á éste sigue otro período en el que se presentan transformaciones de la personalidad, terminando todo por la demencia.

Encuéntrase esta enfermedad con más frecuencia en los

solteros y en la mujer, y sobre todo es común en los hijos naturales; la causa más evidente parece ser la herencia.

La evolución de toda la dolencia se realiza en cuatro fases ó etapas: 1.° período de incubación, de inquietud ó de análisis subjetivo; 2.° período de estado ó de explicación delirante; 3.° período de transformación de la personalidad, y 4.° período de disolución, por algunos, y que no es más que la demencia terminal.

1.er *período*.— La enfermedad va estableciéndose insidiosamente y de un modo silencioso; infinidad de sensaciones penosas, de trastornos de los órganos y sus funciones aquejan al paciente; durante un tiempo más ó menos largo es presa de inquietud y de un malestar inexplicable: ya son sensaciones dolorosas de distinta índole y localización, palpitaciones, zumbidos de oído, desórdenes del tubo digestivo, de los órganos respiratorios; en suma, toda clase de funciones y partes del organismo pueden ser asiento de tales sufrimientos, que son siempre vagos y faltos de precisión, pero revistiendo una forma hipocondríaca, en términos tales, que podrían hacer sospechar una locura de dicho carácter.

Encuéntrase ya dificultad para el trabajo; al paciente le es penoso el pensar y nota un cambio que le hace temer por su integridad psíquica, pues siente como desfallecer su inteligencia. Obsérvase á sí mismo, investiga é indaga lo que le pasa y ve que se opera en él un cambio profundo que cada vez se acentúa más; á pesar de sus esfuerzos se apercibe que no es dueño de dirigir sus actos intelectuales, que funcionan contra su voluntad quizás.

Entonces analiza lo que le pasa, investiga cuáles son los motivos ó causas de su estado y no encontrando en sí mismo explicación lógica, se dirige en sus observaciones hacia lo que le rodea; todo toma para él una importancia desusada; si se le mira, si se habla en voz baja, de cualquier palabra ó frase de

sentido ambiguo busca su interpretación y ésta á sus ojos y manera de pensar no puede ser más que desfavorable, y todo lo relaciona y refiere á sí mismo; cualquier hecho, que en la vida normal carece de valor, es en este caso causa de que aparezcan y determinen ideas ya delirantes. Se remonta á hechos pasados, de tiempos quizás remotos, para hallar el fundamento y origen de lo que le está sucediendo; al principio duda y titubea en atribuir á alguien el papel de autor de todo este sufrimiento; reservado, guarda para sí el resultado de sus investigaciones, hasta que cualquier incidente es motivo para que precise su autor, generalmente alguna de las personas que le rodean, deudos ó alguno de los que con él se relacionan por su profesión. Si en este tiempo se queja á la autoridad lo hace de un modo impersonal, pero lo más común es que nada diga, cambie de medio y tome mil precauciones.

En desarrollarse todo este conjunto sindrómico transcurre más ó menos tiempo hasta que se presentan trastornos sensoriales, principalmente del lado del oído, que primero son ruidos sin significación, luego murmullos, sonidos de campanas y por fin palabras; además, también pueden observarse síntomas ó sensaciones falsas olfatorias y gustativas y desórdenes táctiles y genitales, sobre todo estas últimas en la mujer. Con la aparición de estos nuevos elementos sintomáticos entramos en el período siguiente:

2.° *período.*— Indeciso y sin darse cuenta de lo que le pasa, está el enfermo en la primera etapa de su dolencia, hasta que la aparición de las alucinaciones acústicas vienen á darle la explicación y á confirmarle en que es real la persecución, que creía hasta entonces ser imaginaria; dichos trastornos sensoriales, á su entender, dan la contestación á las preguntas que se hacía de por qué se le injuriaba, de por qué se le electrizaba, etc., y buscando en su vida pasada, en los incidentes de ésta, en sus ocupaciones, en sus opiniones, en fin, en cualquiera de las mil y

una particularidades que pueden haberle impresionado, halla, por último, en quién personalizar ó individualizar el causante de su desdicha, empieza la organización de su delirio, del que encontrará pronto la fórmula. Acude á mil explicaciones á veces extrañas para darse cuenta de cómo le atormentan, y la electricidad, el fonógrafo y el teléfono, tubos acústicos y agujeros en las paredes, son los medios de que se valen sus invisibles y aun quizás desconocidos enemigos.

Las alucinaciones del oído se van organizando, y de simples ruidos se convierten en voces y en frases, que le insultan é injurian, oyendo los más denigrantes epítetos y groseras palabras; en este momento las alucinaciones no las percibe de noche sólo, sino que todo el día y en todos los lugares y hasta de un modo continuo, aunque á veces pueden cesar durante un tiempo para luego volver, como sucede en alguna ocasión, cuando emprende el alienado algún viaje; estos trastornos auditivos pueden ser unilaterales. A menudo encontramos en esta época el eco del pensamiento (véase *Alucinaciones acústicas*, en la sintomatología general), por el que los enfermos creen que los demás se enteran de lo que piensan, apenas acude á su mente, y las voces repiten lo que quisieran tener más oculto, motivando esto un estado sumamente molesto y enojoso en el paciente, siendo á veces estos hechos el punto de partida del desdoblamiento de la personalidad (véase *Alucinaciones,* sintomatología general). Las alucinaciones pueden, en algunos casos, tener distinto carácter en cada lado; en el uno son injuriosas, insultantes y molestas, mientras que las voces del otro salen á la defensa del enfermo y á darle ánimo.

Las alucinaciones ópticas son excepcionales. Las del olfato y las del gusto, solas ó asociadas á las táctiles y de la sensibilidad general, dan lugar á infinidad de errores delirantes; de que les echan polvos en la comida, arsénico, etc., esto es, que se les quiere envenenar, lo que es origen muchas veces de la sitofobia.

También perciben sacudidas y pinchazos por descargas, dicen, de aparatos eléctricos y otras mil sensaciones; que se les quiere violar, sodomizar, etc., pues es infinito y variable el número de las sensaciones que pueden experimentar y como las interpretan y expresan.

Todo esto, naturalmente, agrava y afirma el delirio: los supuestos autores de ello varían según el medio social, las costumbres, las creencias, etc., y pueden ser la policía, las sociedades secretas, los competidores en el negocio y así de esta manera, según la preocupación dominante del enfermo.

Constituído y desarrollado el delirio de persecución, el paciente obra en consonancia, laméntase y dirige quejas y peticiones á las autoridades y á los tribunales una y otra vez, formulándolas por escrito, generalmente. Repiten sus cambios de domicilio, se ocultan y toman mil precauciones, viajan, y todo con objeto de despistar y sustraerse á sus enemigos. Llega un momento en que, viendo que no consiguen justicia, se hacen perseguidores. Considerados estos enfermos, por sus actos, MARET los divide en tres grupos: los inofensivos, para sí y los demás; los peligrosos para sí propios, por su tendencia al suicidio, y los peligrosos para los que les rodean. Grande es la exposición de la persona á quien un perseguido toma por el autor y alma del complot de que se cree víctima, y el peligro es tanto mayor, cuanto es ignorado, pues rencoroso y astuto el perseguido, medita y descarga su golpe inesperado, pero seguramente; hay ocasiones, sin embargo, en que por efecto de una alucinación ó para llamar hacia sí la atención y conseguir así justicia es víctima cualquier desconocido; además del homicidio vulgar, emplean á veces para satisfacer su rencor el incendio y el veneno: contra lo que parece lógico, el suicidio en estos enfermos no es frecuente. En suma, junto con los epilépticos, son estos alienados los más peligrosos de los locos. Hay ocasiones en que obran por impulsión súbita.

Completamente formado el delirio, que persistirá casi invariable, está el perseguido en pleno período de sistematización de aquél. El lenguaje de estos enfermos está lleno de neologismos inventados por ellos, ó bien dan sentido especial á los existentes; así á los que oyen en sus alucinaciones les llaman *los invisibles, las voces;* á uno *lo emetizaban*, etc. (1); este síntoma es indicio seguro de la cronicidad evidente de la dolencia. Los perseguidos son desconfiados, sombríos, rencorosos, de corazón duro; impolíticos y groseros con frecuencia. Efecto de su suspicacia y del temor de que les puedan perjudicar, cuando se les interroga, contestan en general de una manera seca y desabrida, frases como las siguientes, que son típicas y características: «A qué me preguntáis;» «Lo sabéis mejor que yo.» Todo esto les hace encerrarse en reticencias, y que fuera de sus quejas verbales y por escrito, disimulen su delirio, guardando un mutismo obstinado por lo que á ello se refiere. Sin embargo, la actitud y fisonomía de los alucinados del oído que describimos en su lugar, y las conversaciones, soliloquios y risas con los sujetos de sus voces les descubren á pesar de su desconfianza y reserva.

Al cabo de un tiempo variable, que puede ser hasta de muchos años, se opera un cambio en el alienado; ideas ambiciosas se mezclan á las de persecución y aparece la *transformación de la personalidad,* por la que se caracteriza el tercer período.

Antes de pasar á describir este período, nos ocuparemos sucintamente del delirio religioso, que á veces sustituye ó se une al delirio de persecución, así como en otros casos, muchísimo menos frecuentes, el tema delirante puede ser político, erótico, etc., sin por eso en su esencia dejar de tratarse de la misma enfermedad, del delirio crónico sistematizado.

(1) En la escritura proceden de igual manera, cambiando el orden gramatical, empleando sus neologismos y signos inventados por ellos, etc.

Delirio religioso.—Este delirio, según BALL, puede revestir dos formas principales, la exaltante ó *teomanía* y la deprimente ó *demonomanía* y esta última con tres variedades: los condenados, los brujos y los posesos; estudiaremos todas estas formas en conjunto, ya que su nombre es bastante, para que se comprendan perfectamente de cuál se trata en un caso dado.

Esencialmente no hay distinción alguna con el delirio de persecución, cuya marcha sigue y del que sólo le distingue la interpretación morbosa de las sensaciones, que aquí el enfermo atribuye á una intervención sobrenatural. La primera etapa es la misma; pero ya sea la educación, las creencias, el medio social, etc., hace que en este caso las voces que se oyen, crean son de Dios ó de algún personaje divino, ó bien del diablo; y que las sacudidas, descargas eléctricas, pinchazos y toda otra sensación morbosa, castigos y pruebas á que les sujeta la divinidad ó bien tormentos del infierno, etc. En el delirio místico son bastante frecuentes las alucinaciones ópticas y á ellas hay que referir las visiones y apariciones que tienen estos enfermos; casi en todos los casos se encuentran trastornos de la sensibilidad genital, que refieren ó interpretan en consonancia con sus ideas delirantes y que los hombres creen ser tentaciones de la carne y las mujeres relaciones con algún ser divino ó diabólico.

La evolución progresiva de este delirio es la misma que la del de persecución; por último, se sistematiza como aquél, y los enfermos emplean el mismo lenguaje lleno de neologismos. A veces ambas formas delirantes están confundidas, y creyéndose el delirante encargado de una misión divina se convierte en perseguidor de los que considera se oponen ó pueden oponerse á su cumplimiento, y así, entre otros, son objeto de su animadversión los jesuítas, los francmasones, su familia, etc.

Aunque menos que los perseguidos, no dejan los místicos de ser peligrosos, ya por las violencias á que pueden entregarse para propagar su doctrina ó realizar su pretendida misión, ya

porque, obedeciendo al mandato de una alucinación ó para atormentarse, hieran á sus hijos, se mutilen á sí propios ó extirpen sus genitales en todo ó en parte, repitiendo también el sacrificio de Abraham y el de Orígenes, ó lo que en conjunto hacen ciertas sectas religiosas (en las que la vesania jugará un gran papel) como los *skoptzy* en Rusia y los *yézidis* de Oriente.

Por último, transcurrido más ó menos tiempo, se efectúa igualmente en estos enfermos la transformación de la personalidad.

3.^{er} *período.*—Caracterizado este período por un delirio de grandezas, ambicioso ó megalomanía; verifícase de un modo rápido bajo la influencia de una alucinación, que de repente da á conocer al enfermo su elevada posición, su dignidad; ó que es Cristo ó el Anticristo; ó bien de un modo lento, por deducción lógica, ya que el paciente se pregunta á qué se deberá tan encarnizada persecución; MAGNAN y SÉRIEUX admiten un tercer procedimiento que llaman por transformación espontánea, en que casi súbitamente se presenta el cambio, sin causa aparente que lo explique y que, según CHRISTIAN, es sufrido pasivamente por el enfermo. Sea como fuere, indica sin ningún género de duda que la fuerza de resistencia del cerebro disminuye y que la inteligencia pierde su integridad.

Primero sólo se encuentran algunas ideas orgullosas en medio de las de persecución, que poco á poco se van precisando y caracterizando, hasta alternar con aquéllas; pero á medida que avanza, arraiga más y más la megalomanía hasta predominar por completo, en términos que las ideas de persecución se van desvaneciendo. Al principio las alucinaciones persisten, pero poco á poco van siendo menos frecuentes para en los últimos tiempos casi desaparecer.

En tres grupos pueden dividirse los megalómanos: en los que se creen reyes, emperadores, duques ó sea personas de alto nacimiento, ó bien Dios, la Virgen, etc.; en los que las ideas son

de potencia, fuerzas sobrehumanas, ó que tienen un poder oculto y misterioso; y por último, en los que las ideas son de riquezas, tesoros, grandes propiedades, etc.

Su carácter es orgulloso, egoísta; su aspecto exterior y su actitud indica su delirio, pues procuran vestirse y adornarse en consonancia con sus ideas. Al revés que en los paralíticos megalómanos, en su conducta, en sus ademanes y palabras se expresan y obran solemne y majestuosamente en relación á lo que creen ser; en una palabra, son lógicos en sus actos.

4.º *período.*—Pasado un tiempo indefinido la inteligencia se va resintiendo de tan larga enfermedad; es cada vez menor la fuerza de resistencia psíquica, las concepciones se van haciendo confusas, las alucinaciones menos frecuentes y precisas, la expresión de las ideas incoherente, el paciente obra automáticamente en muchos casos, y cada vez, debilitándose más su estado psíquico, termina por caer en una completa demencia, que cierra la evolución de tan larga enfermedad.

La locura crónica, sistematizada, es, como dice su nombre, de marcha esencialmente crónica, insidiosa y lenta en su principio y sólo terminará con la vida del enfermo. Algunos admiten una variedad aguda *(paranoya acuta)*, que en pocas semanas recorre toda su evolución; esta forma debe ser muy rara, pues en los muchos enfermos de la mente que hemos visto nunca la hemos encontrado.

Preséntanse algunas veces remisiones en la dolencia, pero hay que desconfiar, dada la astucia de los enfermos y la manera como ocultan y callan su delirio y alucinaciones, por lo que son de temer que en muchos casos sólo sean falsas remisiones; y esto es importante, pues las veces en que se tratara de un hecho cierto, sería triste privar al enfermo del consuelo de vivir con su familia, mientras que, viceversa, nos expondríamos á muchos peligros, si la remisión fuera falsa.

La duración, como hemos dicho, puede ser sumamente

larga, así como muy variable á su vez la de cada uno de los períodos, en términos que la dolencia se limita sólo al primero ó al segundo de los mismos, por sobrevenir la muerte antes de completar su evolución. El período de análisis subjetivo ó primero suele durar largos años; el segundo es el más indefinido en su duración, pues á veces la fase megalománica se presenta tan pronto que puede parecer primitiva, y en otros transcurren diez, quince y hasta veinte años, antes de que ella aparezca.

El diagnóstico del delirio de persecución no ofrece grandes dificultades; con la locura que es más fácil confundirlo es con el mismo delirio ó con el megalománico de los hereditarios degenerados; pero, como veremos, en éstos no sigue la marcha típica descrita y los estigmas de degeneración, que casi siempre existen, así como los impulsos, aclaran el diagnóstico, aparte de su mayor curabilidad, que en el delirio crónico sistematizado es un hecho excepcionalísimo desde que se halla establecida la sistematización delirante. Sin embargo, parece que la Paranoya aguda es curable en gran número de casos. La muerte sobreviene por un hecho intercurrente ó por la caquexia de la demencia.

CAPÍTULO IV

Trastornos mentales debidos á la degeneración y á la herencia

I. — Locura de los degenerados, locura hereditaria, etc.

Hemos de tratar ahora de un grupo de afectos y trastornos psíquicos muy numeroso é importante por múltiples conceptos, de conocimiento no muy remoto, y aun éste no completo y detallado, debidos en gran parte, sino como causa determinante y eficiente como predisponente, al estado de debilidad del sistema nervioso que disminuyendo su fondo de resistencia, hace al individuo más vulnerable á la acción de los agentes patogénicos, ya porque tal degradación tenga un origen congénito, ó bien que sea adquirida. Muy extenso es el asunto y para tratarlo con más precisión y claridad, creemos que nada mejor que extractar y transcribir el capítulo (1), que Régis dedica á las *Degeneraciones de evolución (Vicios de organización)* donde se compendia de un modo didáctico y acertado el asunto.

Estos trastornos, verdaderos vicios de organización psíquica, difieren de las locuras propiamente dichas, en que en éstas predomina el trastorno de la función, son accidentes de

(1) *Manuel pratique de Médecine mentale*, por el Dr. E. Régis, segunda edición.

la vida psíquica, mientras que aquéllos son expresión de anomalías orgánicas, comúnmente hereditarias (locura hereditaria ó de los degenerados de LEGRAN DU SAULLE, MOREL y MAGNAN). Exteriorízanse por deformaciones embriogénicas (estigmas de degeneración de MOREL y MAGNAN) y trastornos físicos y psíquicos, todo ello caracterizado por desórdenes neuropáticos ó frenopáticos de duración variable, ó sean los síndromes episódicos de MAGNAN.

Por orden de progresión ascendente pueden agruparse en cuatro géneros: 1.º *Desharmonías* (defecto de equilibrio, originalidad, excentricidad); 2.º *Neurastenias* (ideas fijas, impulsiones, abulias); 3.º *Frenastenias* (delirantes, razonantes, instintivas); 4.º *Monstruosidades* (imbecilidad, idiocia, cretinismo).

DESHARMONÍAS.—Forman la transición entre el estado sano y el frenopático, esto es, son como las fronteras de lo psicopático; se encuentran en individuos que pueden tener una inteligencia brillante, pero en los que en algo hay una falta de harmonía entre sus facultades y sus varias tendencias; son: los desequilibrados, los originales y los excéntricos.

Desequilibrados. — En ellos hay conjunto desigual de lagunas y de exceso de desarrollo en sus manifestaciones psíquicas. Suelen hacerse notar de niños por su precocidad y aptitud para comprenderlo todo; pero, sin embargo, son caprichosos, violentos, de instintos crueles y con accesos de cólera como convulsivos. En la época de la pubertad sufren trastornos nerviosos coreicos, histeriformes, jaquecas, tics convulsivos, etc.; crisis fugaces de excitación y depresión y exageración de ciertas tendencias psíquicas ó pasionales, como: misticismo, onanismo, deseos de viaje, etc. Hechos hombres y alcanzado todo su desarrollo son seres complejos y heterogéneos, desproporcionados en sus facultades psíquicas, con cualidades contradictorias, insuficientes para ciertas cosas, sobresalen en otras. Con la ima-

ginación desarrollada, así como las facultades de expresión, poseen el don de la palabra, las artes y la poesía; su sensibilidad es especial; pero en cambio falta más ó menos el juicio, la rectitud y el sentido moral y sobre todo la lógica, la perseverancia y la unidad de dirección, así en lo intelectual como en los actos de su vida. De aquí que les sea imposible conducirse razonablemente, ejercer con regularidad su profesión, cuidar de sus intereses, de su familia y dirigir á sus hijos; hay una continua contradicción en su vida, entre lo que prometen sus facultades y la pobreza de resultados. Son los utopistas, teorizadores y soñadores. El público admira su brillantez, pero los que viven con ellos ven sus defectos, su incapacidad, sus malas inclinaciones y son sus víctimas. Ofrecen, además, una sensibilidad emotiva con debilidad de la energía psíquica, obran más por espontaneidad que por reflexión; por eso son volubles, instables é irresolutos, y de aquí sus alternativas de apatía y de actividad y sus crisis de desilusión por el más fútil motivo. En algunos se observa ya algún estigma de degeneración.

Originales. Excéntricos.— En un grado más adelantado, además del defecto de equilibrio que hemos visto en los sujetos del grupo anterior, se agregan ciertos hechos morbosos, conocidos bajo el nombre de rarezas ó excentricidades. Estas manías, así las llama el vulgo, consisten en cierta manera de vestir, de hablar, ó en algún otro acto raro é insólito. O bien hay una tendencia del individuo á ejecutar alguna originalidad en manera alguna útil y práctica por lo común, como ciertos coleccionistas, descifradores de charadas, cálculos, etc. Otras veces, se manifiesta el trastorno por emotividades extrañas, aprensiones ó cariños por animales ú objetos. En suma, es difícil precisar y enumerar todas las manifestaciones de estas desharmonías que abrazan casi todo lo que, como antes hemos dicho, se llaman excentricidades, manías, etc.

NEURASTENIAS.—El origen y significado actual de la palabra neurastenia conocido es de todos: con ella se denominan todo aquel conjunto de estados en que lo fundamental es como un agotamiento del sistema nervioso; en ella se comprenden el nervosismo, la irritación espinal, la neuropatía cerebro-cardíaca, etc., etc., con cuyos nombres se estudiaban algunas de sus modalidades en otras épocas.

Como se comprende, han de ser muy diversos los estados morbosos incluídos bajo esa denominación. Nosotros, sólo hemos de ocuparnos de la forma cerebral prescindiendo de las demás, que nos apartarían de nuestro propósito. La causa fundamental parece ser la herencia, no sólo la nerviosa, sino que también la del artritismo, alcoholismo, etc. Ocasiones hay en que no se encuentra tara hereditaria como fundamento del mal, que aparentemente sólo es debido á un choque moral, á un traumatismo como en el *railway spine;* esto es, á una causa accidental, pero con todo es indudable había ya una predisposición latente. Las causas ocasionales son todas aquellas, así físicas como morales, como de cualquiera otra categoría, que agotan el sistema nervioso tanto de un modo brusco como lentamente; excusado es el referirlas, pues de sobra son sabidas. Las neurastenias en su expresión sintomática son multiformes, pero hay un cierto número de síntomas que es raro falten y son los *estigmas neurasténicos* de CHARCOT: casco neurasténico, sensación de vacío en la cabeza; hiperestesia espinal y raquialgia con sus placas cervical, sacra, coccidínea, etc., etc.

Neurastenia cerebral (obsesiones)

Lo que caracteriza á esta variedad es el predominio de los desórdenes psíquicos; en el fondo consiste en una impotencia de la voluntad, que se manifiesta por ideas fijas, obsesiones, impulsos, todo ello con conciencia y razonados, pero irresisti-

bles y ansiosos, siendo de notar que persiste la integridad de la inteligencia. Estos estados se han conocido con los nombres de locura lúcida, locura con conciencia, monomanía razonadora é impulsiva, síndromes psíquicos de los degenerados, paranoya rudimentaria, etc., etc.

La mayor parte de los neurasténicos psíquicos son degenerados, y por efecto de la herencia morbosa, además del desequilibrio, ofrecen verdaderos estigmas. Mentalmente son individuos, en general, inteligentes, vivos, pero tímidos y sin energía, sin voluntad y con una sensibilidad emotiva en extremo. Hacia la pubertad se notan en ellos rarezas, ideas fijas y tics. Físicamente se les encuentran vicios de conformación diversos; se hallan afectos de trastornos nerviosos varios, como neuralgias, convulsiones, jaqueca, palpitaciones, etc. En estas condiciones, cualquier causa ocasiona la aparición de la neurastenia; pero sin embargo, no todos los neurasténicos y los que padecen obsesiones tienen de antemano señales de herencia degenerativa, sino que aquélla puede sobrevenir al parecer de un modo accidental. De aquí, que RÉGIS admite dos variedades de neurastenia psíquica: la crónica, constitucional ó de degeneración, que es la más frecuente, y la aguda, funcional, no degenerativa; ambas pueden acompañarse de obsesiones, cuya gravedad es distinta en cada caso.

FALRET en las conclusiones de su informe sobre las obsesiones en el Congreso internacional de Medicina mental de 1889, ha resumido sus caracteres generales, conclusiones que fueron adoptadas por dicho Congreso:

«Las diversas variedades de obsesiones intelectuales, emotivas é instintivas tienen caracteres comunes que se pueden resumir así:

»1.° Todas están acompañadas de la conciencia del estado de enfermedad.

»2.° Son habitualmente hereditarias.

»3.° Son esencialmente remitentes, periódicas é intermitentes.

»4.° No permanecen aisladas en el espíritu constituyendo como un estado de monomanía, sino que se propagan á una esfera más extensa de la inteligencia y de lo moral, y van siempre acompañadas de angustia y de ansiedad, de lucha interior, de indecisión en el pensamiento y en los actos, y de síntomas físicos de naturaleza emotiva más ó menos pronunciados.

»5.° No presentan jamás alucinaciones.

»6.° Conservan los mismos caracteres psíquicos durante toda la vida de los individuos que están afectos, á pesar de las alternativas frecuentes y á menudo prolongadas de paroxismo y de remisión, y no se transforman en otras especies de enfermedades mentales.

»7.° No terminan jamás en la demencia.

»8.° En algunos casos raros, pueden complicarse con delirio de persecución ó con delirio melancólico ansioso, en un período avanzado de la enfermedad, conservando siempre, sin embargo, sus caracteres primitivos.»

En estas conclusiones se hallan los caracteres patognomónicos de las obsesiones bajo el punto de vista mental; físicamente van acompañadas de los siguientes síntomas neurasténicos, episódicos ó permanentes: «cefalea, hiperhidrosis palmar y plantar (hidropesía cutánea), llamaradas de calor á la cara, sensación de un profundo agotamiento, palpitaciones, ansiedad precordial, insomnio, dolores y neuralgias diversas, sensaciones de estiramientos en las extremidades, exceso de oxalatos y de uratos en la orina, pesadez en los riñones y en los miembros, dilatación de la pupila y expresión indecisa de la mirada, espasmos musculares localizados, etc.»

Varias son las divisiones que se han hecho de las obsesiones, pero seguiremos para la descripción de las mismas la de RÉGIS, aunque en verdad es susceptible de algunos reparos.

Dicho frenópata, considerando las obsesiones como trastornos de la voluntad, basa en ello su división: para él la voluntad como función cerebral consta de tres elementos: elemento centrípeto, la excitación; y de un doble elemento reaccional, la función de detención y la función motriz; el estado normal consiste en el equilibrio entre estos factores. Las lesiones de la voluntad, por tanto, son de dos órdenes: lesiones por desorden de la excitación centrípeta (impulsión y abulia por exceso y por defecto de excitación); lesiones por desorden de la reacción central (impulsión y abulia por defecto de fuerza de detención y defecto de fuerza motriz); es decir, que, en último resultado, son dos las manifestaciones morbosas de la voluntad: la impulsión ó tendencia irresistible á la realización de un acto, y la abulia ó la imposibilidad de llevar á cabo un acto deseado; las primeras por insuficiencia de la acción de detención (obsesión neurasténica impulsiva); las segundas por insuficiencia de la acción motriz (obsesión neurasténica abúlica).

1.º Neurastenias ú obsesiones impulsivas

En estado normal acuden á nuestra mente multitud de ideas, que la atención voluntaria fija ó rechaza, esto es el polideísmo de Ribot; pero en el caso del neurasténico impulsivo se supone una idea y la voluntad aminorada no puede desecharla, y de aquí una crisis de angustia y de ansiedad que termina por un acto irresistible ó por un decaimiento; esto puede considerarse como un monoideísmo patológico.

Los caracteres fundamentales de la neurastenia impulsiva, son: 1.º la idea fija, que es la esencia misma de la obsesión impulsiva; 2.º la crisis ansiosa ó emotiva, engendrada por los esfuerzos de resistencia de la voluntad; 3.º el resultado final, variable según los casos y que tanto puede ser inhibitorio como

dinamogénico; esto es, consistir en una parálisis psico-motriz como en un acto irresistible.

Toda idea capaz de surgir espontáneamente en nuestra inteligencia es susceptible de ser el origen de una obsesión. Esto dificulta su agrupamiento, el cual resulta aún más complicado y embarazoso por el hecho de que siendo idénticas en su esencia y en sus caracteres, sea la que fuere la idea fija, raras veces se presentan aisladas, sino que casi siempre se combinan con otras similares ó análogas. De todas maneras, para comodidad de su estudio, pueden dividirse en tres grupos: 1.° obsesiones caracterizadas por las *indecisiones;* 2.° obsesiones caracterizadas por los *temores*, y 3.° las obsesiones que lo son por las *propensiones* ó tendencias irresistibles.

De cada grupo referiremos las más características, ocupándonos sólo de las particularidades psíquicas en especial, pues los síntomas físicos y los estigmas de degeneración son casi iguales en todos los casos.

OBSESIONES. — INDECISIONES. — **Enfermedad de la duda.**— Es el tipo de este género de obsesiones en que la indecisión es el principal carácter; ha sido también descrita con los nombres de locura de la duda, delirio del tacto, *Grübelsucht* de los alemanes. Es una de las más antiguamente conocidas; consiste en ideas fijas, que atacan al paciente bajo la forma de interrogaciones, ó indecisiones de toda clase, y cuya solución es buscada con ansiedad.

BALL, teniendo en cuenta la naturaleza de las ideas obsedantes, agrupa á estos enfermos de la siguiente manera: metafísicos, realistas, escrupulosos, timoratos y contadores.

Los *metafísicos* se preocupan en las cuestiones abstractas. Dios, el alma, la vida futura y toda suerte de problemas teológicos y filosóficos embargan constantemente su espíritu, interrogándose sin cesar sobre el por qué de las cosas; tal estado irresistible les pone en un estado de tortura inexplicable.

Los *realistas,* son los que, arraigando en ellos las ideas con la misma persistencia, se fijan y discurren poco menos que constantemente sobre objetos bastante triviales. Por ejemplo, la conformación de los genitales, la diferencia de sexos, la presencia de la barba, en suma, los detalles más ínfimos y más groseros de los objetos, sin ninguna elevación de pensamientos.

Los *escrupulosos,* cuyas dudas versan sobre cosas de religión. Se preocupan por si han podido asistir irreverentemente á la misa, ofender á Dios con sus pensamientos; olvidar algún pecado en la confesión, etc. Su lenguaje es sumamente pesado por un exceso de precisión.

Los *timoratos* son los que siempre temen comprometerse, tomando las más exageradas precauciones para no cometer una acción punible, como un robo, por habérseles fijado algo á los vestidos; el que pasando por la calle caiga alguna persona de un balcón y les inculpen de un homicidio, etc. En suma, viven en una inquietud perpetua.

En los *contadores* la obsesión consiste en el número, en contar cuántos son los objetos de igual clase en un sitio dado, por ejemplo, el número de botones que hay en el traje del médico á quien consultan; cuántos son los pares de ventanas que hay en las casas de las calles por donde pasan, como le sucedía á Napoleón, y así por este estilo.

Como es fácil de comprender, los grupos de BALL no abrazan todos los casos que pueden presentarse de dicha locura de la duda, á los que podrían añadirse muchos otros, como los *supersticiosos* y los *fatalistas* de RÉGIS; sin embargo, basta lo expuesto para comprender la índole de tales obsesiones, fuese la que fuere la forma revestida.

De una vez para todas, hemos de hacer notar, que «la obsesión de la duda, como la mayor parte de los estados análogos, aparece por crisis, por brotes más ó menos agudos y más ó menos próximos. Como ellos, es tenaz, crónica, y, en gene-

ral, incurable. Los enfermos llegan á solicitar una afirmación extraña para calmar su indecisión sin cesar renaciente; pero bien pronto este apoyo moral no les basta y caen en una especie de automatismo mecánico, pasando su vida en repetir incesantemente actos ínfimos ó ridículos, balbuceando las mismas frases ó las mismas interjecciones, algunas veces reprochándose con motivo de su estado, del que guardan, para su desgracia, conciencia indefinida.» Ya hemos manifestado antes, y por tanto no hemos de repetirlo, cuáles son los estigmas de degeneración que se encuentran en la mayoría de los casos y los síntomas físicos que acompañan á estas crisis emotivas.

OBSESIONES.—TEMORES *(Fobias)*.—**Temor de los objetos.**— Descrita por MOREL con el nombre de delirio emotivo y por J. FALRET como una «alienación parcial con predominio del temor del contacto de los objetos exteriores,» sin que nada nuevo se haya añadido á esta descripción, si bien se la confundía con el delirio de la duda, en términos que LEGRAND DU SAULLE habla de la locura de la duda con delirio del tacto. Como ya se dijo antes, estas observaciones se confunden unas con otras; pero, sin embargo, ésta se encuentra á menudo en condiciones que permite su estudio aislado. Podría considerarse, como observa atinadamente RÉGIS, como un temor de los objetos, no sólo de su contacto sino que también en algunos casos de su vista, de su sonido, del olor y hasta del gusto.

Como se comprende, la idea fija se acompaña de un terror ansioso y puede versar sobre toda clase de objetos, recibiendo según sean ellos nombres distintos; el miedo del virus rábico, canceroso y del muermo, del fósforo y de los venenos se denomina *iofofobia;* el de los objetos que manchan, *rupofobia* ó *misofobia;* el de los alfileres, objetos puntiagudos y huesos, *aicmofobia* ó *belonefobia;* el miedo á los pedazos de cristal ó de porcelana

se llama *cristalofobia*; el de los objetos de metal, pomos de puerta y piezas de moneda, *metalofobia;* el de los pelos y principalmente el vello de algunos frutos, *tricofobia.* Hay otras fobias más raras, como los miedos al sebo, cal viva y al mástic y otras más excepcionales y menos estudiadas; tales son: la *hematofobia*, de FERÉ, ó por la vista de la sangre, y las que ocasionan los fósforos, espadas, campanas, olor de las flores y otros perfumes, el sabor de ciertos alimentos y bebidas, etc.

Todas estas obsesiones van acompañadas de los mismos síntomas y de iguales estigmas de degeneración que la locura de la duda, con la que algunas se asocian en mayor ó menor grado; son sumamente tenaces, con períodos de calma, de duración variable, y su cronicidad es extrema, reduciendo á la larga al enfermo á un estado de automatismo, á pesar de conservar su lucidez intelectual y la conciencia de su estado.

Temor de los lugares, elementos y enfermedades. —La más conocida de estas obsesiones y que puede servir como tipo es la *agorafobia,* que consiste en el miedo á los grandes espacios; WESTPHAL fué el primero que la estudió y la dió nombre; á los que la padecen cuando han de cruzar una calle ancha, atravesar una plaza, una iglesia despejada y más aún si dichos sitios están desiertos, les acude la idea de que les es imposible franquear tal espacio, que se van á morir y les sobreviene una crisis violenta de angustia y desfallecimiento con sudor frío, ansiedad precordial, palpitaciones, sensación de pérdida de las fuerzas, etc., con la particularidad que el más ligero bastón, cualquier compañero (un niño, por ejemplo, como en un caso observado por nosotros en un joven teniente de ingenieros, que de uniforme ó acompañado de un sobrinito suyo pasaba sitios despejados como la plaza de Cataluña, cosa que en otras condiciones le era imposible), ó bien arrimados á las paredes pueden salvar el para ellos infranqueable abismo.

Análogas á la agorafobia son la *cremnofobia* ó miedo á los precipicios y la *acrofobia* ó miedo de las cúspides. La *potamofobia* es una obsesión que sobreviene á la vista de grandes superficies de agua como los lagos, los anchos ríos, etc. La *claustrofobia* es el reverso de la agorafobia; el enfermo, encerrado en espacios estrechos, es víctima de una obsesión con una ansiedad constrictiva, etc., que le hace precipitarse afuera á pesar de todos los obstáculos.

La *astrafobia* es el miedo á las tempestades y á los relámpagos; según BEARD, que la ha descrito, suele ir acompañada de dolor de cabeza, náuseas y vómitos y á veces convulsiones.

La *nosofobia* ó *patofobia* es el miedo á las enfermedades. Hay que distinguirla de la hipocondría, por su carácter de obsesión consciente, angustiosa y paroxística, al paso que aquélla es esencialmente continua y no va acompañada de los trastornos neurasténicos emotivos que acompañan á la patofobia.

Temor de los seres vivos.—Su tipo es la *antropofobia* que BEARD considera como una de las más comunes. Caracterízase por la aversión á la sociedad, el horror á encontrarse entre la multitud; esto hace que muchos de estos enfermos abandonen sus negocios y descuiden sus intereses. El citado frenópata americano afirma que á estos sujetos les es imposible fijar la mirada sobre cualquiera y que él los reconoce en seguida por su vista baja y apartada. Puede limitarse esta obsesión á un solo sexo, generalmente el femenino, *ginefobia*, ó á ciertos individuos como á los embriagados. La *monofobia* es lo inverso, ó sea el miedo á la soledad. El contacto ó la vista de ciertos animales pueden provocar crisis ansiosas, ya de terror, *zoofobia*, ya de imposibilidad de ver sus sufrimientos, *zoofilia* (antiviviseccionistas de MAGNAN).

OBSESIONES—PROPENSIONES.—Son las obsesiones propia-

mente tales, y en éstas, en lugar de un terror, la idea fija determina una tendencia irresistible. Las principales, son: la onomatomanía, la kleptomanía, la piromanía, la dipsomanía y la impulsión á la muerte y al suicidio.

La *onomatomanía* es la obsesión del nombre ó de la palabra. Se manifiesta por la investigación angustiosa de un nombre ó de una palabra; por atribuir á ciertos nombres ó palabras una influencia preservadora ó funesta; por la impulsión á repetir un nombre ó una palabra que se imponen; por la obligación de expulsar como á consecuencia de esfuerzos de expectoración y de expuición, un nombre ó una palabra convertidos en verdaderos cuerpos extraños que cargan el estómago.

La *aritmomanía* es la onomatomanía de los números y cifras, siendo la cifra 13 el sujeto más común de esta obsesión.

La *manía blasfematoria* es una onomatomanía, en que la impulsión se traduce por la expresión de un juramento ó de una blasfemia.

La *enfermedad de los tics convulsivos,* enfermedad de GILLES DE LA TOURETTE, mimicismo ó neurosis imitante del DR. ARMANGUÉ, se caracteriza por dos órdenes de síntomas: los *tics*, ó sean movimientos bruscos, violentos, de salto, caída, etc., y sobre todo de los miembros superiores, sistemáticos y coordinados, efectuándose como por descargas, siempre los mismos en un individuo; y la *coprolalia*, ó sea la expresión brusca y como explosiva de juramentos ó frases groseras, acompañando al acceso de tics; á veces se añade la tendencia invencible á la imitación de palabras ó gestos (ecolalia, ecokinesia, ecomatismo). CATROU considera la coprolalia como patognomónica. Esta afección es crónica, paroxística y casi siempre incurable, acompañando alguna de las otras obsesiones con bastante frecuencia.

La *kleptomanía* es la impulsión consciente é irresistible al robo. Aunque como síntoma se encuentra la tendencia al robo

en varias enfermedades mentales, como la parálisis general, etc., no ofrece en estos casos los caracteres de obsesión con lucha y por crisis paroxísticas y angustiosas; á menudo se trata de objetos de escaso valor y con frecuencia siempre de la misma clase.

La *piromanía* es la impulsión al incendio. Se observa también en los imbéciles, epilépticos, etc.; pero en este caso no reviste los caracteres tantas veces mencionados de la obsesión neurasténica; en esta última circunstancia es más frecuente en la mujer y en las diversas fases de su vida sexual.

La *dipsomanía*, es la tendencia irresistible á la bebida. Hay que distinguirla de la tendencia que se encuentra en el principio de la manía y otros estados de excitación, en cuyos casos no es paroxística ni intermitente. El acceso empieza por malestar físico, abatimiento, anorexia, etc.; de pronto estalla el deseo de beber violento, irresistible, y á pesar de su conciencia y de sus esfuerzos, el enfermo sucumbe; en ocasiones huye de su casa y se entrega á la disolución más desenfrenada, hasta que, al cabo de algunos días, termina el acceso y cae el paciente en un estado de tristeza y de vergüenza. Cualquier líquido, con tal que sea fuerte, es bueno para el dipsómano. Fuera del acceso estos sujetos suelen ser muy sobrios y correctos, á diferencia del alcohólico vulgar. Sólo hemos dado un esquema de este estado, cuyo conocimiento es muy importante, pudiendo ampliarse su estudio en las obras y trabajos de BALL, MAGNAN, CULLERRE y otros.

Hay otras impulsiones análogas, pero menos frecuentes, como la *cubomanía*, impulsión al juego; *oniomanía*, impulsión á las compras; *dromomanía*, impulsión á la marcha, etc.

Impulsión al suicidio y al homicidio. — Se encuentran en varios afectos mentales, pero aquí sólo nos hemos de ocupar de los casos en que sobrevienen como obsesión accesional, consciente, ansiosa é irresistible. La impulsión al suicidio frecuente-

mente es hereditaria, y sobre todo en los neurasténicos degenerados, es la herencia homóloga y homócrona, es decir, bajo la misma forma y en la misma edad de la vida. Bajo el mismo aspecto de crisis intermitentes y paroxísticas, aparece la impulsión al homicidio, que suele ir precedida de prodromos de melancolía. La obsesión recae á veces sobre un ser querido, esposa, hijo; los enfermos, angustiosos y horrorizados por sentirse sucumbir, piden auxilio y protección á los suyos y al médico, y á veces voluntariamente demandan su reclusión.

La *erotomanía* abraza todas las obsesiones de naturaleza sexual. Comprende los distintos exhibicionistas; los que buscan el roce de sus partes genitales con las mujeres, aprovechándose de los barullos, etc. Los impulsos á actos de bestialidad y de sodomía; los que BALL denomina sanguinarios por mutilar los cadáveres objeto de su pasión, y tantas y tantas formas. La inversión del sentido sexual también es debida en algunas ocasiones á una obsesión neurasténica.

De casi todos estos estados nos hemos ocupado con anterioridad al tratar en la sintomatología del delirio de los actos y de los instintos; pero entonces lo hicimos de un modo general, mientras que ahora los hemos estudiado bajo el punto de vista propio de las obsesiones.

2.° NEURASTENIAS Ú OBSESIONES ABÚLICAS

Según RÉGIS, son «aquellas en que la voluntad está lesionada en su fuerza de acción.» En vano intenta el paciente convertir en acción una idea, y los esfuerzos que efectúa aumentan su desorden y su angustia. Esta es la única diferencia que tienen con las obsesiones impulsivas, pues como éstas están unidas á la degeneración neurasténica, acompañándose de iguales síntomas psíquicos y físicos y apareciendo por crisis conscientes y paroxísticas.

Aunque estas obsesiones, al igual que las impulsivas, pueden tener por origen cualquiera idea, hasta la actualidad son muy pocas las conocidas y estudiadas.

Una de las más frecuentes consiste en la imposibilidad de levantarse de un asiento á pesar del deseo de ello y de los esfuerzos para realizarlo; otra variedad consiste en la dificultad de subir, mientras que andar, levantarse y sentarse se lleva á cabo perfectamente; acompáñanse ambos estados de la crisis angustiosa y emotiva de las neurastenias obsedantes. A la primera da RÉGIS el nombre de *ananastasia* y á la última el de *ananabasia*. Además, existen otras obsesiones abúlicas con iguales caracteres psíquicos y somáticos, pero menos frecuentes, tales son; la *anestia,* ó sea la imposibilidad de vestirse; la *anupografía*, ó sea la dificultad de hablar, escribir y sobre todo firmar; etc.

Como repetidas veces hemos dicho ya, las obsesiones neurasténicas se distinguen de todos los estados patológicos que con ellas pueden aparentemente confundirse por su carácter accesional, paroxístico y consciente y por los síntomas emotivos y físicos concomitantes. El pronóstico de las mismas es grave, pues su incurabilidad es casi la regla; cuanto más profunda es la degeneración, más tendencia tienen á la persistencia y más tenaces son las obsesiones, así como cuanto más aguda es la neurastenia, y sobre todo si las causas ocasionales son morales ó físicas de gran intensidad, la curación es más probable.

FRENASTENIAS. — Bajo este nombre se designan aquellos vicios de organización ó degeneraciones acompañados de locura; muchos autores los estudian con la denominación de locura de los degenerados y locura hereditaria; MAGNAN ha sido el que más se ha ocupado de ellas en estos últimos tiempos. No hay unanimidad en admitir la locura hereditaria, pues si bien es sabido que la herencia es una de las causas más frecuentes de

las enfermedades mentales, muchos la estudian sustituyendo tal nombre por el de locura moral; pero lo cierto é indudable es, que la degeneración imprime á la locura un sello especial y bastante característico que justifica en parte la distinción mencionada.

En los alienados en general sólo hay que atender á la locura; pero en estos casos son dos los elementos: la degeneración y la locura. Aquélla es el terreno en que germina y se desenvuelve la alienación, ó sea el epifenómeno psicopático. Los caracteres del primero nos son ya conocidos; sólo hemos de hacer notar, que en estos sujetos los estigmas son más profundos y variados y psíquicamente se dan á conocer por lagunas intelectuales y morales, bastante profundas por lo común, á la par que las otras facultades permanecen normales ó desenvueltas de un modo notable.

La locura de los degenerados ya consiste en un delirio intelectual (delirantes), ya en aberraciones morales ó afectivas (razonadores), ó bien el trastorno recae sobre las inclinaciones instintivas (instintivos).

Frenastenias delirantes

Constituyen las frenastenias delirantes el verdadero delirio ó locura de los degenerados. Puede revestir la forma de cualquiera de los cuadros sindrómicos conocidos: manía, melancolía, delirio sistematizado, aunque ofreciendo caracteres especiales: la aparición es más súbita, generalizándose el delirio desde el principio; éste es más restringido y se conserva algo la lucidez; las remisiones y las intermitencias son frecuentes y la curación también se realiza bruscamente, siendo en cambio muy de temer las recidivas. Algunos autores consideran la locura circular como propia de los degenerados. El delirio sistematizado se aparta mucho del cuadro clásico y los diversos períodos se confunden

unos con otros, ó su orden de evolución es distinto, precediendo en ocasiones el período megalománico al de persecución; una de las concepciones delirantes más frecuentes son las místicas ó genitales (perseguidos genitales); la enfermedad puede mejorar y hasta desaparecer, lo que no sucede en la locura sistematizada típica. Por todos estos caracteres algunos frenópatas alemanes é italianos conocen á este delirio sistematizado de los degenerados con el nombre de paranoya primaria.

Pero la locura de los degenerados puede presentarse bajo una forma propia, distinta de los estados frenopáticos antes expresados y con caracteres generales, siempre los mismos, casi patognomónicos, aunque varía la expresión ó tema delirante. Éste es coherente, verosímil, aunque con un punto de partida falso ó mal interpretado, lógico en su desarrollo; no hay alucinaciones ó excepcionalmente alguna hipnagógica; desenvuélvese el delirio alrededor de la idea fundamental, pero sin transformarse; á menudo por las reivindicaciones tenaces de estos enfermos, á veces absurdas, se hacen agresivos y peligrosos. Aunque las remisiones son frecuentes, esta forma de locura es incurable. Por lo lógico del desarrollo de su delirio se les llama á estos alienados *razonadores*, y por la tenacidad en lograr su objeto, aun á trueque de los medios más violentos, *perseguidores*. Su lucidez engaña fácilmente al público y es tal la influencia que llegan á ejercer en los que les rodean, que alguno de éstos comparte con ellos el delirio (locura de dos). Son egoístas, altaneros, ruidosos, y se hacen peligrosos por su conducta.

Por la variedad del tema del delirio se han dividido en varios grupos, aunque la enfermedad sigue siendo idéntica.

Perseguidos.—Desde el principio objetivan su delirio, lógico en sus deducciones, falso en su origen; por ejemplo, una reprensión de un superior contra la que protesta el paciente es el principio de la evolución; en seguida de perseguido se hace perseguidor; acude á las autoridades, á los tribunales en demanda de

justicia; válese de todos los medios para alcanzar ésta; cualquiera concesión que se les haga, sólo sirve para que sean más exigentes. Por último, llevan á cabo sus amenazas y cometen un atentado, frecuentemente con el deseo de llamar la atención hacia sí y de que se les atienda en sus pretensiones; hay que recluirlos entonces y protestan contra lo que ellos creen una arbitrariedad; conseguida la libertad reinciden en sus actos anteriores y reanudan de nuevo sus reclamaciones.

Ambiciosos.—Sólo difieren de los perseguidos-perseguidores, en que éstos no buscan la reparación de una ofensa, sino el reconocimiento de una fortuna, de un título que se les disputa, un invento, etc.

Pleitistas. — Esta variedad del delirio de persecución razonadora, consiste en sujetar á litigio á otra persona por el más fútil asunto; no admitiendo contradicciones, son estos sujetos un verdadero azote de los que les tratan; si no pueden ellos seguir pleitos, excitan á los demás, haciendo en este caso como de abogados.

Eróticos y celosos.—En éstos el delirio se caracteriza, en los primeros, por una pasión amorosa, haciendo víctima de sus continuos obsequios, pretensiones y demostraciones á la persona objeto de sus sentimientos. Su persistencia, la verdadera persecución á que se entregan, obliga á veces á recluirlos y en estos casos suelen entablar demandas de indemnización contra los que han tomado tal determinio. Como se ve no hay esencialmente ninguna diferencia con las variedades antes citadas. Los celosos, se caracterizan por un sentimiento de celos absurdo, injustificado é irresistible, que les impulsa á las acciones más culpables y nocivas. Continuamente buscan pruebas de la pretendida infidelidad de que son víctimas; un odio violento se apodera de ellos, sustituyendo al exceso de amor primero. Tan violento es este estado, en ocasiones, que llega á constituir un verdadero delirio intenso.

Místicos. — Son de todos estos enfermos, los que se distinguen de un modo más especial. Generalmente la herencia es homóloga en ellos; sus sentimientos religiosos se exaltan y llegan hasta formar un sistema especial, que se resiente de su pasión hacia lo maravilloso y el que llegan á hacer tenga prosélitos, que lo acepten; exageran, más que la religión propiamente dicha, las prácticas religiosas y del culto externo. Las alucinaciones, que como hemos dicho, les distinguen de las otras variedades de frenastenia delirante, suelen ser hipnagógicas ó nocturnas y periódicas; consisten en apariciones ó visiones de Dios, de la Virgen, ó de asuntos celestes, como también en revelaciones sobrenaturales, mandatos para que realicen una misión divina, etc. Tales trastornos sensoriales arraigan su delirio y les dan plena convicción de la empresa que están llamados á llevar á cabo. Muchos reformadores religiosos ó fundadores de secta pertenecen á esta clase de enfermos y con ello basta para que se comprenda la importancia y el papel que han llegado á representar en la sociedad; basta citar los prosélitos que Manuel Swedenborg, en Suecia y otros países del Norte de Europa tuvo en la primera mitad de este siglo, que aceptaban sus doctrinas religiosas, y no há muchos años la conmoción que ocasionó el mestizo Luis Riel, en el Canadá, con sus predicaciones, después de haber estado recluído varias veces en un Manicomio; en su última rebelión las autoridades inglesas lo hicieron prisionero y fué condenado á muerte, llevándose á cabo la sentencia.

Los *políticos* no son más que una variante de los místicos, que acabamos de estudiar: en ellos el tema del delirio versa sobre los asuntos de gobierno ó de política de los Estados; muy frecuentemente se encuentra en él alguna idea religiosa. Muchos de los regicidas, que no pertenecen á una secta ó forman parte de una conjuración, son enfermos de esta clase; ejemplo, Guiteau, el asesino del presidente de los Estados Unidos, Garsfield; en ellos suele dominar la idea de que tienen una grande y gloriosa

misión que cumplir; también presentan alucinaciones nocturnas y periódicas, contribuyendo las apariciones de éstas á agravar su estado.

Como se ha podido ver por la somera descripción que hemos hecho de estas frenastenias, todos estos enfermos son unos verdaderos perseguidos-perseguidores, obrando diferentemente en parte, en la forma, por el tema delirante especial que les impulsa.

Locura de dos.—La locura por contagio ó por imitación fué muy frecuente en la Edad Media, especialmente: conocidas son de todos las epidemias de alienación de las Ursulinas de Loudun, los convulsionarios de San Medardo y tantas otras. Pero no es ésta la forma estudiada bajo la denominación de locura de dos, sino que en general se trata de enfermos de las formas delirantes que acabamos de estudiar, que influyendo sobre algunas de las personas que les rodean, predispuestas, ó de una potencia psíquica debilitada y cuyas preocupaciones y sentimientos corresponden á los del alienado, dan lugar á que en aquéllas aparezca una locura comunicada. Otras veces sólo hay simultaneidad pero no transmisión, y es la *locura de dos simultánea* de RÉGIS; MARANDON DE MONTYEL admite la *locura impuesta;* y BALL y otros la *gemelar,* que consiste en la aparición, al mismo tiempo y en igual forma, de la locura en hermanos gemelos y que pueden estar separados. Cuando hay adición de ideas delirantes nuevas en el delirio de un alienado por la influencia de otro ú otros enfermos, se conoce este caso con el nombre de *locura inducida.*

Frenastenias razonadoras

Es la locura moral de algunos autores, y éstas y las instintivas que estudiaremos á continuación comprenden los casos de *Imbecilidad moral*, de ciertos frenópatas españoles.

En realidad de verdad, poca ó ninguna diferencia hay entre estos enfermos y los de la clase precedente; todos pertenecen á la gran familia de los degenerados, hereditarios y con estigmas psíquicos y somáticos evidentes. Rara vez ofrecen trastornos delirantes, pero en cambio son propios de ellos las perversiones de los sentimientos y de los afectos; normales en su inteligencia, á menudo, y de un modo paroxístico é inconsciente, obsérvanse extravagancias de conducta, informalidades, excesos é inmoralidades repetidas. Aunque aparentemente, su desorden psíquico es menor que en las frenastenias delirantes, en cambio su degeneración es más profunda.

Frenastenias instintivas

Forman los enfermos de esta clase el grupo de los afectos de la impropiamente llamada por algunos Psicosis criminal, y en ellos la degeneración se manifiesta por la tendencia innata á los actos perversos y criminales.

A ellos deben referirse los criminales natos de Lombroso y su escuela. En el sentir de muchos no hay tal locura criminal, sino criminales que presentan vicios de organización varios; de aquí, que sin admitir el tipo criminal de la Escuela antropológica italiana, puede aceptarse la frecuente existencia en estos individuos de numerosos y profundos estigmas de degeneración.

Trátase en estos casos, de desgraciados que sufren una degeneración instintiva grave, así como los perseguidos-perseguidores la tienen intelectual y razonadora.

No es nuestro propósito extendernos en este asunto, que puede estudiarse en las obras de LOMBROSO, GAROFALO, LACASSAGNE, FRANCOTTE, TARDE y otros.

Igualmente, el que quiera ampliar sus conocimientos sobre las neurastenias antes expuestas, y sobre todas las degeneraciones en su influencia en la vida psíquica, en las obras de LEGRAND

du Saulle, Morel, Magnan, Falret, Ball, Cullerre, Westphal, Kraft-Ebing y otros frenópatas, encontrará ampliamente tratada la cuestión, que de extendernos nos apartaría de nuestro objeto.

II. — De la imbecilidad y de la idiocia

Poco diremos de estos estados, que si bien son de alienación mental, no lo son de locura, ya que no se trata de perturbación de la inteligencia, sino de falta de la misma.

Bajo la denominación genérica de Idiocia tienden algunos á estudiar ambos estados, que al fin y al cabo no son en suma más que gradaciones de la detención del desarrollo de la inteligencia ya congénita, ya accidentalmente antes de terminar el desenvolvimiento completo de la misma.

Julio Voisin los divide en cuatro grupos, dos para los imbéciles: imbecilidad congénita ó adquirida y debilidad mental, semi-imbéciles de otros autores; y los idiotas en dos también: idiocia completa, absoluta, congénita ó adquirida, é idiocia incompleta congénita ó adquirida y susceptible de mejoría. Régis admite una sola clase de imbéciles y dos en los idiotas: idiotas de segundo grado (incompletos), é idiotas de primer grado ó completos. No copiamos más clasificaciones, pues éstas indican las divisiones más comúnmente aceptadas.

Imbecilidad

Los imbéciles completos pueden ser de talla normal, bien conformados y vigorosos; pero sin embargo, presentan alteraciones de organización, verdaderos estigmas de degenerados. Encuéntranse tales anomalías con mucha frecuencia en la cabeza, sobre todo la asimetría, pero la descripción ó enumeración sería incompleta, por lo que basta recordar las que vimos se observa-

ban en los degenerados. Su fisonomía indica casi siempre la falta de inteligencia y en ocasiones presenta alguna semejanza con un animal, pero con todo hay imbeciles cuya cara es verdaderamente bella.

Su inteligencia siempre está más ó menos limitada; algunos pueden adquirir una instrucción rudimentaria (leer, escribir y cuentas), pero superficial y ligera. Sin embargo, ciertas aptitudes son susceptibles de determinado desarrollo, como las artísticas, la memoria y las cualidades de imitación; contrasta con todo esto una determinada viveza de espíritu y prontitud en la contestación mordaz y oportuna; en manera alguna pueden emprender un trabajo constante y serio. Algunos imbéciles, á los que no se ha dado educación ni instrucción, resultan con un nivel intelectual más bajo, viven en parte como aislados de la sociedad y de la familia y sólo suelen ser capaces de hacer algo por imitación.

Los trastornos de orden moral son más chocantes y su acción más profunda. Los sentimientos y las afecciones elevadas pueden observarse, tal como, por ejemplo, una sensibilidad viva, pero pocas veces y escasamente desarrollados; no así los de orden inferior y los instintos perversos que están, como quien dice, hipertrofiados. Son poltrones, perezosos, llenos de vanidad, irascibles, golosos, embusteros y hasta ladrones, en ocasiones crédulos y débiles. Los excesos alcohólicos son frecuentes en ellos, pero sobre todos los venéreos, entregándose á las masturbaciones, á veces de un modo desenfrenado, así como también á la pederastia, llegando á ser tan intenso su instinto genésico que cometen actos contra el pudor y obscenos. Éstos son más frecuentes, así como los impulsos al incendio, homicidio, etc., en los momentos en que sufren ciertos accesos de manía ó de melancolía á que son muy propensos.

Los semi-imbéciles, á menudo no ofrecen nada en su aspecto exterior y conformación que los dé á conocer, salvo

algún estigma de degeneración. Su desarrollo, así físico como psíquico, es tardío y lento. Pueden adquirir una regular educación y bastante instrucción (aunque generalmente no sucede así), pero su facultad de atención es limitada y hay una debilidad notable de su inteligencia y su juicio.

Moralmente ofrecen precocidad en ciertas tendencias perversas y exaltación del sentido genésico; pueden discernir bastante lo bueno de lo malo; pero en su carácter, actos y en general en lo que se refiere á los sentimientos y afecciones se parecen á los afectos de frenastenias razonadoras.

Idiocia

En los idiotas, sea cualquiera su grado, las facultades psíquicas á lo más se desarrollan de un modo casi rudimentario.

Las deformaciones y detenciones del desarrollo orgánico son constantes en ellos, sobre todo las de la cabeza, cráneo y cara; algunos son notables por el grado que alcanza su microcefalia.

Los idiotas incompletos, transición entre los imbéciles y los idiotas completos, presentan vicios de conformación varios; su talla suele ser pequeña, infantil aun en una edad ya crecida; además de distintas deformaciones del cuerpo se observan en ellos trastornos cuyo origen es debido á las lesiones de los centros nerviosos, tics, convulsiones, movimientos coreiformes; frecuentemente accesos epilépticos; paraplegias, atrofias musculares y contracturas; en algunos se ve el mericismo ó rumiación. Ejecutan movimientos automáticos y repetidos, sobre todo el de balanceo del cuerpo. Su insensibilidad es muy marcada. El onanismo es frecuente en ellos. Sus funciones digestivas son las que se ejercen con más regularidad: son glotones aunque mastican de un modo incompleto; su nutrición con todo es defectuosa, pues á menudo están flacos y pálidos. En ciertas idiotas cuyo des-

arrollo físico es bastante notable, puede presentarse la menstruación.

Las facultades intelectuales son limitadísimas; su lenguaje pobre y escaso limítase á algunas palabras ó frases y aun éstas no muy complicadas, acompañadas de gritos ó gestos peculiares á cada uno. Conocen á sus allegados y á los que cuidan de ellos, á los que á veces muestran cierta afección; saben comer y tomar solos sus alimentos; hay idiotas que llegan á retener algún aire musical y á dedicarse á una ocupación manual ligera, pero en cambio su instrucción es nula y sólo son susceptibles de una limitada educación, en términos, que difícilmente recuerdan su nombre y edad y alguna noción rudimentaria de cosas sencillas.

La abulia es su característica, según SOLLIER; los sentimientos y los afectos se hallan sustituídos en ellos por los instintos, y en especial el genital, como ya hemos dicho, así es que se entregan á actos obscenos y á exhibiciones sin el menor recato ni sombra de pudor. Sufren frecuentes accesos de furor y de cólera, y el instinto de imitación que á veces tienen los hace peligrosos en algunos casos.

Los idiotas completos son el último extremo de la degradación humana, pues en ellos no hay ni inteligencia, ni sensibilidad, ni afectos, que faltan por completo, así como también los instintos más elevados. Puede decirse que no viven más que la vida orgánica. Frecuentemente son ciegos, sordos ó mudos, ó cuando menos todos sus sentidos muy obtusos; las deformaciones orgánicas están en ellos más acentuadas, que en los idiotas incompletos; los trastornos que en éstos hemos encontrado como tics, convulsiones, parálisis, etc., son más comunes y profundos. Su fisonomía no tiene expresión; la saliva les cae por las comisuras; ensúcianse sobre sí mismos é involuntariamente; la dentición es incompleta, no presentándose la segunda, etc.; sólo emiten algún sonido ronco é inarticulado y no ejecutan más que algún movimiento automático. Lo expuesto basta para com-

prender cuán triste cuadro del ser humano presentan estos desgraciados, cuya vida es incompatible con una larga duración.

Ambos estados (imbecilidad é idiocia) son congénitos, es decir, debidos á la herencia por enfermedades ó estados anormales en los ascendientes (afectos nerviosos, hábitos alcohólicos) consanguinidad, edad desproporcionada entre los cónyuges, etc., ó durante el embarazo; ó bien adquiridos durante la época del desarrollo psíquico á causa de enfermedades cerebrales (meningitis, derrames serosos y otras), traumatismos del cráneo y otras dolencias, como la fiebre tifoidea.

El pronóstico de ambos estados es grave, pues el idiotismo completo es incurable y ya hemos dicho que no es posible con él una larga vida; el idiotismo incompleto y la imbecilidad son susceptibles de alguna mejoría, merced á una terapéutica médico-pedagógica instituída gracias á los trabajos de SÉGUIN, FÉLIX y JULIO VOISIN, BOURNEVILLE y otros.

Cretinismo

Podíamos prescindir de ocuparnos de esta afección, que, en general, sólo se presenta de un modo endémico en ciertos parajes, como los valles altos, profundos, sombríos y húmedos de los Pirineos, Alpes, etc.; entre este estado psíquico y el bocio hay alguna relación indudable.

Caracterízase el cretinismo «por una detención del desarrollo del organismo, con caracteres particulares que recaen principalmente sobre la constitución física, de origen endémico, y acompañándose habitualmente de bocio.»

Según el grado alcanzado por la degeneración, se les ha dividido: en *cretinosos*, *semicretinos* y *cretinos*.

Su aspecto físico es característico: braquicefalia, cara y nariz aplastada, boca grande, fisonomía abotagada, color térreo de la piel, alteración de los dientes, talla corta; según el grado

que ha alcanzado la enfermedad, estos síntomas son más ó menos acentuados y se acompañan de otros trastornos.

Los cretinosos, cuya descripción física es la que hemos tomado por tipo, intelectual y moralmente se parecen á los imbéciles; casi siempre presentan un bocio más ó menos desarrollado y son aptos para la fecundación y reproducción.

Los semicretinos presentan en mayor grado los síntomas físicos descritos y además otros que, junto con su estado psíquico, les asemeja á los idiotas incompletos; su bocio es voluminoso y enorme; aunque con grandes deseos venéreos y órganos genitales bien desarrollados, sus facultades de reproducción son limitadas.

El cretino completo es el mayor grado de degeneración producido por la causa aún desconocida en su esencia del cretinismo; su aspecto exterior, además de lo propio de estos enfermos, reune los síntomas de los idiotas completos, á los que se parecen además por su estado intelectual y moral, careciendo por completo de bocio.

Nada diremos de la *caquexia paquidérmica, mixoedema, cretinismo esporádico, caquexia estrumipriva, paquidermia cretinoide*, etc., con cuyos nombres se conoce una afección general, al parecer de las funciones de nutrición, con trastornos psíquicos, y que probablemente es debida á las afecciones del cuerpo tiroides ó á su ausencia ó falta, ya natural, ya obtenida quirúrgicamente, pues creemos que su estudio no es del dominio de la frenopatía. Sólo haremos presente que ofrece los caracteres generales físicos é intelectuales del cretinismo con la aparición de masas seudolipomatosas y un como edema plástico.

32

CAPÍTULO V

De las locuras sintomáticas

Hemos terminado el estudio de lo que podríamos llamar estados esenciales de la alienación mental, esto es, de aquellas afecciones en que el trastorno psíquico es protopático y no está ligado á otras dolencias que juegan el papel de causa ó bien del que son episodios sindrómicos; debemos ahora ocuparnos de estas últimas, á las que podríamos llamar también locuras secundarias, que consisten en una locura simple, en general manía ó melancolía, combinada, ya con un proceso fisiológico del organismo, ya con un estado morboso cualquiera. Respecto á éstas, sólo haremos una indicación sucinta, como una especie de índice, que, con los conocimientos anteriores, bastará para que tales desórdenes mentales no pasen desapercibidos, y únicamente en algunos de ellos, que ofrecen mayor interés por su importancia ó por su frecuencia, seremos más extensos. Otra cosa, nos apartaría de nuestro objeto.

Numerosas son estas locuras y por tanto conviene distribuirlas en grupos para que se comprenda mejor su relación con la causa y sea más fácil recordarlas. Así, pueden observarse las debidas á estados fisiológicos, como menstruación, embarazo, etc., *locuras simpáticas;* las correspondientes á enfermedades locales de las vísceras, corazón, hígado, riñón, etc., ó *locuras sintomáticas propiamente dichas;* las que tienen su origen en enfermedades

generales agudas ó crónicas, ya infectivas, ya diatésicas, *locuras por infección, locuras diatésicas* (viruela, grippe, sífilis, pelagra, etc.; gota, reumatismo, etc.); las correspondientes á afectos del sistema nervioso orgánicos ó neuróticos, ataxia locomotriz, histeria, epilepsia, etc., *locuras por afecciones nerviosas, locuras neuróticas,* y, por último, las que son síntoma de una intoxicación, alcoholismo, saturnismo, etc., *locuras tóxicas.*

Locuras simpáticas

Asociadas á estados fisiológicos del organismo, como la infancia, la pubertad y la vejez ó con las grandes fases de la vida sexual, sobre todo de la mujer, menstruación, embarazo, parto y lactancia y menopausia, se presentan distintas alienaciones mentales más frecuentes en unos que en otros de aquellos estados.

Locura de la infancia. — Locura de la pubertad. — En los niños es sumamente rara la locura, encontrándose casi siempre en aquellos en quienes se presenta dicho trastorno mental datos de herencia; son frecuentes los terrores nocturnos, ensueños y pesadillas, y este delirio nocturno acompáñase de alucinaciones que determinan impulsos súbitos que á veces pueden ser peligrosos; aparte de estos desórdenes son muy raras la manía y la melancolía típicas.

Locura de la pubertad (hebefrenia de los alemanes). — Más frecuente que la anterior, sobre todo en los predispuestos. Encuéntrase especialmente en el momento en que se establecen las funciones sexuales, y por tanto más en las jóvenes que en los varones; puede afectar varias formas, desde la depresión al estupor melancólico y el delirio hipocondríaco, y desde una ligera excitación á la agitación más graduada. La forma depresiva es la más común y sobre todo el estupor con crisis de agitación (MAIRET), tendencia al suicidio, ideas delirantes religiosas ó

erótico-místicas, ya demonofóbicas ó de amor platónico por un ser ideal; encuéntrase en algunos casos la locura de la duda y alucinaciones con terrores nocturnos; los trastornos morales y de los actos predominan sobre los intelectuales. Suele ser poco grave (RÉGIS), sobre todo en el sexo femenino. La masturbación da lugar á una forma especial con trastornos somáticos de agotamiento, melancolía profunda y hasta demencia; según SPITZKA, es más común en los jóvenes.

Locura senil. — Propia de la edad avanzada y de los hereditarios cerebrales, con grandes excesos, alcoholismo, etc. Según FURNSTER, puede haber: 1.° una psicosis simple sin demencia, con debilidad intelectual, y más bien melancólica con ansiedad y curso crónico; en este caso suele ser la herencia homóloga y homócrona (RÉGIS); 2.° una psicosis con demencia simple, con trastornos maníacos ó melancólicos; y 3.° una psicosis con demencia cerebral, en que, además de la debilidad intelectual y de los trastornos delirantes, hay los que corresponden á lesiones orgánicas del cerebro. Estas tres variedades sólo curan de un modo excepcional.

Locura menstrual ó catamenial. — En casi cada época menstrual la gran mayoría de las mujeres sufren perturbaciones intelectuales y morales de excitación ó de depresión más ó menos intensas; su frecuencia hace que no se fije la atención en ellas; pero hay casos en que constituyen una verdadera locura, que desaparece en cuanto ha transcurrido la menstruación: ya es una manía aguda principalmente ó un acceso ligero de melancolía, con ideas delirantes religiosas y á veces ninfomanía (BALL). La amenorrea y la dismenorrea dan lugar con más frecuencia á la locura con impulsos irresistibles y tendencia á la dipsomanía, al erotismo y al robo, incendio, homicidio y suicidio, por lo que esta vesania tiene importancia médico-legal. Generalmente el retorno de las reglas coincide con la curación.

Locura puerperal.— Generalmente con este nombre se com-

prenden las alienaciones mentales debidas al embarazo, parto, puerperio y lactancia.

Obsérvase generalmente en las hijas de locos, en los casos de disgustos profundos, miseria, anemia, hemorragias profusas, parto prolongado, supresión de los loquios y de la leche y lactancia prolongada, que vienen en estos casos á actuar como causas determinantes, del propio modo que puede serlo todo lo que obre deprimiendo el ánimo y depauperando el organismo; un acceso anterior de locura, aun fuera de cualquiera de dichos estados, hace temer su reaparición.

La locura puerperal reviste la forma de la manía ó de la melancolía en cualquiera de sus variedades, que, según MARCÉ, en nada difieren de dichas alienaciones simples.

Embarazo.—Conocidos son los caprichos de las mujeres en dicho estado, que, si bien se exageran, no dejan por eso de ser ciertos y expresión de una evidente perturbación psíquica, tan profunda á veces como en los casos de pica y malacia y de tendencia al robo. La locura aparece por lo común en época avanzada del embarazo, en el último trimestre generalmente; según MARCÉ, las formas depresivas son las que más se observan y entre ellas la depresión melancólica ó la melancolía aguda principalmente. En el momento del parto cesa á veces la alienación, pero comúnmente se prolonga durante el puerperio.

Parto. — Es la variedad menos frecuente, y en general, aparte de las causas comunes, juegan el principal papel en su determinación un parto difícil y los trastornos morales; suele ser pasajera, pero peligrosa, por revestir una forma maníaca con impulsos y tendencia al infanticidio.

Puerperio. — Es la variedad más frecuente, entre el quinto día y el décimo. Ofrece fenómenos prodrómicos de malestar general, angustia, irascibilidad, etc.; generalmente es la manía aguda la forma que presenta; en los menos de los casos puede ser la melancolía, ya aguda, ya el estupor melancólico, con impulsos al

suicidio. Pero sea cual fuere el tipo de alienación mental que revista, los sentimientos afectivos, en especial al esposo é hijos, están pervertidos.

Lactancia. — Cuando la miseria y la pobreza orgánica se unen á la lactancia para debilitar el organismo, es más fácil aparezca la locura hacia el quinto mes; también se observa en estos casos la melancolía, ya aguda, ya la depresión melancólica, siendo ésta la forma más común.

La locura puerperal, debida al embarazo y al parto, es la más curable; las otras dos variedades lo son menos, lo que se comprende fácilmente, por el hecho de ser mayor la depauperación orgánica. Son de temer las recidivas, sobre todo en los otros embarazos, y en este caso el pronóstico se agrava si pasa la alienación mental al estado crónico.

Locura de la menopausia (locura climatérica) (Régis). — Esta época, que tanto papel representa en la patología de la mujer, también ejerce su influencia en su estado mental. Las predispuestas ó que han padecido un ataque de enajenación mental, están más expuestas á la aparición de la locura en la época crítica. Ésta es generalmente depresiva, esto es, la melancolía, con impulsos ya al robo, al incendio, al suicidio, etc.; puede observarse la dipsomanía; el delirio es erótico, místico ó de persecución, alimentado por alucinaciones genitales, extrañas en muchos casos. Sin embargo, esta alienación mental, como todas las precedentes, no tiene ningún rasgo particular, ni forma propia y exclusiva de ellas. En el hombre también se pueden observar, según algunos autores, trastornos parecidos de los cincuenta á los sesenta años, generalmente bajo la forma de melancolía ansiosa con ideas de condenación, pérdida y de suicidio.

La edad crítica puede ejercer una influencia favorable, y como su nombre indica, crítica, y lograrse, al llegar á este período de la vida, la curación de una locura anterior; no conse-

guido esto y continuando la psicosis transpuesta dicha época, es de temer la incurabilidad. RÉGIS cree que la locura de la menopausia en general es curable y de no larga duración.

Locuras sintomáticas, propiamente dichas

Las enfermedades de ciertas vísceras dan lugar á la aparición de estados de alienación mental unidos á aquéllas por relación de causalidad; los órganos cuyas dolencias se complican más frecuentemente de locura, corresponden al aparato génito-urinario, en primer término, y en segundo término á los aparatos digestivo, circulatorio y respiratorio.

Locuras asociadas á las enfermedades de los órganos génito-urinarios. — En el hombre parecen menos frecuentes que en la mujer; el onanismo, la espermatorrea y las afecciones de la uretra son las que más á menudo se acompañan de alienación mental, siendo de notar que la blenorragia y la blenorrea especialmente dan lugar á un estado psíquico depresivo, en el que el enfermo se cree afecto de sífilis incurable, como de ello hemos visto algunos casos en nuestra práctica. Sea la que fuere la dolencia primitiva, la locura suele ser de carácter depresivo con ideas de suicidio é hipocondríacas.

Las afecciones del útero y sus anexos, aparte de ciertos cambios de carácter y del modo de ser de la mujer, dan lugar, con relativa frecuencia, á la locura, que, según opinión general, es comúnmente la melancolía con ideas de suicidio, además de ciertas otras eróticas y místicas, acompañadas muchas veces de alucinaciones extrañas, como ser objeto de tactos deshonestos, de violaciones nocturnas, etc. Tan pronto se curan estas lesiones, puede desaparecer la locura, como puede persistir á pesar de la curación del afecto causal. Hemos observado dos casos curiosos de esta forma vesánica; en el primero, sin antecedentes de herencia, después de un parto y á consecuencia de una

rasgadura, quedó una úlcera del cuello uterino, estallando algunos meses después un acceso de melancolía, que desapareció curada la lesión, para presentarse de nuevo años más tarde al volver á sufrir otra úlcera uterina; en el segundo caso, en que había herencia frenopática comprobada y además una hermana con delirio de persecución, aparece una lesión de la matriz, una endometritis cervical y se presenta también un delirio de persecución, que cura al cabo de algún tiempo, para mucho más tarde, después de un parto, volver á estallar nuevamente, y esta vez con caracteres de cronicidad, y por lo tanto, según todas las probabilidades, incurable.

Las enfermedades de los riñones, sobre todo las nefritis crónicas, determinan casos de locura, locura bríghtica de DIEULAFOY, distinta de la uremia cerebral, pero como ésta debida principalmente á la intoxicación sanguínea por la albuminuria y trastorno en la función filtradora del riñón; varias son las formas de alienación que se observan en los urinópatas: delirio de persecución, erótico, etc., y en caso contrario, la demencia preferentemente. Cuando los demás afectos renales y vesicales dan lugar á una psicosis, ésta es sobre todo deprimente, con tristeza ó melancolía, y hasta con impulsos suicidas.

Locuras asociadas á las afecciones de las vías digestivas é hígado. — Sabido es el trastorno moral que las dolencias crónicas del estómago é hígado ocasionan; pero no sólo éstas, sino que también las intestinales y de los anexos de todos estos órganos y los parásitos de los mismos son motivo á veces de una psicosis; la enteroptosis ó enfermedad de GLÉNARD frecuentemente se acompaña de trastornos vesánicos, así como la neurastenia de forma gastro-intestinal. Por lo común, es una alienación mental de carácter depresivo, esto es, la melancolía, sola ó asociada á ideas hipocondríacas ó de persecución; el suicidio se observa con alguna frecuencia, y sobre todo alucinaciones é ilusiones internas de envenenamiento, existencia en dichos ór-

ganos de animales, como ratones, etc. La gravedad de estas psicosis está relacionada con la del daño causal.

Por lo que se refiere al hígado, sabido es que antes se le creía el centro de la melancolía y de la hipocondría, cuyas formas son las que más frecuentemente se encuentran en las locuras originadas por las afecciones de dicha glándula. Igualmente son conocidas las perturbaciones nerviosas en general, y por tanto psíquicas, que determinan los distintos helmintos y vermes intestinales, dominando en este caso los desórdenes convulsivos, eclampsia, etc., y algunos impulsos, como la escatofagia, y alteraciones de los sentidos, como hemeralopia, perversiones del gusto, etc.; desaparecida la causa suelen cesar todos estos síntomas, que pueden recidivar, dada la tenacidad que á su expulsión oponen algunos de estos parásitos.

Locuras relacionadas con los afectos del corazón y vasos sanguíneos.—No es de extrañar se presenten alienaciones mentales en las dolencias cardíacas, por la influencia que éstas ejercen en el riego sanguíneo del cerebro; las lesiones mitrales y aórticas son aquellas en las que se ven con más frecuencia los citados trastornos psíquicos; la melancolía, desde la forma más benigna á la más aguda, es la alienación más comúnmente observada, como en casi todas estas locuras sintomáticas; hay alucinaciones, ideas delirantes, en especial de persecución, é impulsos de violencia ó de suicidio en ciertos casos. Evoluciona de un modo intermitente, ó mejor remitente, siendo de grave augurio por la causa productora. Menos raros son los trastornos psíquicos del período asistólico y anoxohémico de los afectos cardíacos. Las enfermedades de los grandes vasos son también, aunque menor número de veces, origen de alteraciones del funcionalismo psíquico.

Locuras por infección. — Locuras diatésicas

Las enfermedades infecciosas, así agudas como crónicas, dan lugar, unas con más frecuencia que otras, á la explosión de accesos de locura.

La viruela es, entre todas las fiebres exantemáticas, la que más á menudo se complica de locura; en el período eruptivo es la manía aguda la forma más común, y en la convalecencia cualquiera de las variedades de la melancolía, que en este último caso puede pronto hacerse crónica y terminar rápidamente en una demencia. El delirio febril impulsa á veces al suicidio.

En el sarampión, sudor miliar, escarlatina y difteria es raro observarse esta complicación. La erisipela se acompaña, sobre todo cuando radica en la cara y cuero cabelludo, de un ataque de manía ó delirio agudos, y en la convalecencia de melancolía. Igualmente el cólera morbo asiático puede en la convalecencia ofrecer un acceso de manía ó de melancolía.

La fiebre tifoidea, de todas estas enfermedades febriles infecciosas, es la que más comúnmente se complica con alteraciones psíquicas, aparte del delirio febril. Durante su curso es rara la locura *(locura pertífica)*, tratándose generalmente de un acceso de manía aguda; pero en la convalecencia *(locura postífica)* es muchísimo más común que en cualquier tiempo de la misma, aun en los casos ligeros de dotienenteria; las formas más frecuentes son la manía, la melancolía y un estado de obtusión intelectual ó de pseudodemencia, que siempre en mayor ó menor grado se encuentra en las otras dos variedades; tal estado de debilidad intelectual puede en algunos casos llegar hasta ser una verdadera demencia; aparte de esta última contingencia, la curación es la regla general.

La grippe, cuya influencia sobre el sistema nervioso es conocida de todos, en la última grande epidemia dió lugar á

numerosos casos de alienación mental, según la generalidad de los que los estudiaron, de índole depresiva, siendo frecuente el estupor melancólico. En el período febril y de estado, á la inversa, es la manía la más habitualmente observada; pero en el de convalecencia es la melancolía muchísimo más frecuente, en términos que LADAME ha descrito una *psicosis post-grippal* con obtusión psíquica, depresión, etc. La herencia se encuentra en la mayoría de los casos. Respecto al pronóstico, las opiniones son contradictorias, creyendo RÉGIS que la curación es lo general en estos enfermos.

Muchas veces estas enfermedades febriles agudas ejercen un papel favorable, como de crisis, en locuras anteriores á ellas y que curan ó mejoran en gran manera por la influencia de dichas infecciones.

Las enfermedades infecciosas crónicas también pueden ofrecer algún episodio vesánico. El paludismo, durante el acceso febril, se complica á veces con un ataque de manía aguda, que, curado aquél, puede dejar una ligera obtusión cerebral. Durante la convalecencia es el estupor la alienación más común, que, al mejorar la anemia, cura, lo que no ocurre tan fácilmente en los pocos casos en que es la manía la alteración presentada en esta época; SEBASTIÁN ha hecho notar que en este período puede observarse una locura intermitente, cuyos accesos coinciden con los febriles ya desaparecidos y que, al igual que éstos, cura merced al sulfato de quinina. El paludismo crónico complícase en algunos casos con la alienación mental, que no existía antes de aquél y que, en general, es incurable (KRŒPELIN y LEMOINE).

La tuberculosis pulmonar se acompaña á menudo de alteraciones del carácter, unas veces hipocondríacas y á menudo de satisfacción y optimismo, ó sea de euforia. En grado más acentuado hay impulsos, ya genésicos, ya de dipsomanía, aumentando los desórdenes psíquicos hasta constituir una verdadera locura.

BALL cree que á menudo es una melancolía con desconfianza y lucidez ó conciencia; otras veces es la manía, la demencia y hasta la parálisis general. Pronto se hace crónica la psicosis para avanzando llegar hasta una semidemencia, que termina por la muerte. En la proximidad de ésta suele haber un retorno á la razón, dato muy explotado por los novelistas.

Excusado es nos entretengamos en la descripción de la pelagra, conocida ya por la patología común; sólo diremos dos palabras sobre las formas de alienación que á menudo presenta: la locura pelagrosa y la parálisis general pelagrosa.

En el primer período de la pelagra entre los varios trastornos nerviosos, se observan la tristeza, el dolor de cabeza y vértigos.

En el segundo período, acentuándose los desórdenes dèl sistema nervioso, se observa la *locura pelagrosa,* comúnmente melancólica, con inercia, apatía y torpeza grandes; insomnio, alucinaciones terroríficas de la vista; concepciones delirantes, ideas tristes, de desesperación, pérdida, terror, etc. y una tendencia al suicidio por inmersión, *hidromanía* de STRAMBIO; todo este trastorno depresivo puede llegar hasta el estupor; pero, en todo caso, hay un fondo de obtusión psíquica, que, en el período de caquexia pelagrosa, se convierte en una demencia.

A veces, en lugar de la locura y cuando la caquexia es muy acentuada, los trastornos de debilidad son mayores, alcanzan hasta la paresia, y las ideas depresivas persisten acompañando á la demencia, esto es, se desarrolla la *parálisis general pelagrosa,* ó mejor una pseudoparálisis general, no observándose en ella la melagomanía, ni apenas los trastornos de la palabra. Según CULLERRE, complícase este estado en algunos casos, con accesos epileptiformes. La evolución de la pelagra dura algunos años, pero es menor en los casos de pseudoparálisis; todas las psicosis pelagrosas son incurables, pues aparecen en época en que la enfermedad primordial está en pleno período de incurabilidad.

Psicosis sifilíticas. — La sífilis es sabido de todos, y desde los trabajos de FOURNIER más vulgarizado aún, la influencia nociva que sobre el sistema nervioso ejerce, por lo que no es de extrañar que sea causa de desórdenes psíquicos. Éstos son de diversas maneras; aparte del estado depresivo, de preocupación y tristeza del primer período, que se encuentra en la mayoría de los enfermos, preséntase á veces una verdadera locura; rara en el período primario, es más frecuente en el período secundario en el momento en que aparecen las sifílides acompañadas de fiebre, revistiendo la forma de manía ó de melancolía, de corta duración por lo común y cediendo fácilmente al tratamiento específico. La locura tardía de la sífilis, forma mental de la sífilis cerebral de A. FOURNIER, es de todas ellas la más frecuente; reviste, según el mismo autor, tres formas, la depresiva con ideas hipocondríacas, de persecución y de suicidio, alucinaciones varias, etc ; la forma expansiva desde una ligera excitación á la manía aguda; estas dos formas se acompañan de obtusión y torpeza cerebrales, que también pueden existir solas, y entonces tenemos la tercera forma de FOURNIER ó pseudodemente ó tórpida; pueden curar, aun la última variedad, pero en ésta queda un estado más ó menos graduado de obtusión intelectual.

No hay duda que la sífilis es causa de la parálisis general progresiva y una de las causas más frecuentes y activas; pero en manera alguna podemos aceptar que ella obre en todos los casos de periencefalitis difusa, pues, por nuestra parte, contamos más de un caso en que las más prolijas investigaciones no nos han permitido encontrar tal factor etiológico. Hay unanimidad casi absoluta en admitir, al igual que en la pelagra, una pseudoparálisis general sifilítica, á la que el profesor FOURNIER, que tanto ha trabajado en lo que se refiere á la sífilis de los centros nerviosos, asigna los principales caracteres siguientes: « casi siempre, si no siempre, el delirio en la sífilis está exento de las divagaciones

ambiciosas propias de la parálisis general; el temblor es menos común, sobre todo el de la lengua y labio superior, y también menos delicado; los desórdenes motores de orden paralítico (hemiplegia, monoplegia, hemiplegia facial, parálisis oculares) son más frecuentes y más marcados; los ictus apopléticos y las parálisis súbitas, atestiguando una lesión localizada, abren á menudo la escena, mientras que, al revés de lo que sucede en la parálisis general, los desórdenes intelectuales no sobrevienen hasta más tarde; la alteración del estado general, algunas veces muy precoz, con adelgazamiento, caquexia, facies especial, es más propia de la pseudoparálisis general; ésta, además, no tiene evolución definida, metódica; su marcha es irregular; sus manifestaciones sintomáticas y su sucesión son de las más variables; su duración es imposible de determinar, ni aun de una manera aproximada; por último, su curabilidad no es habitual, no es frecuente, pero sí posible.»

En suma, aun siendo análoga la sintomatología en la parálisis general de los enajenados y en la pseudoparálisis general sifilítica, al igual que las demás pseudoparálisis generales, se distingue de la periencefalitis difusa, en que en ésta la marcha es progresiva, el pronóstico fatal y las lesiones irremediables, y en aquéllas la marcha es regresiva, el pronóstico relativamente favorable y las lesiones curables.

Bajo el punto de vista psíquico, esta pseudoparálisis puede ser expansiva, depresiva ó bien revestir la forma de demencia.

Nos hemos extendido un poco en la alienación mental sifilítica por su importancia clínica y relativa frecuencia.

Locuras diatésicas. — El artritismo en sus diversas manifestaciones da lugar á la presentación de distintos desórdenes nerviosos, unos vagos y poco precisos, otras veces á la neurastenia, la locura y hasta la parálisis general. Muchos estudios se han hecho, pero falta un trabajo sintético que condense los conocimientos adquiridos; los desórdenes psíquicos más comu-

nes en el artritismo parecen ser la neurastenia emotiva y una melancolía intermitente y con conciencia.

Conocido es el reumatismo de forma cerebral; BALL lo divide en dos clases, la aguda en sus variedades: meningítica ó por excitación y apoplética ó depresiva; y la crónica ó locura reumática. La forma aguda se encuentra ya descrita en las obras de Patología interna. La locura reumática es poco frecuente, en términos que el citado BALL, dice haber visto en su extensa práctica sólo cuatro casos, pero la considera una psicosis de tipo especial y bastante precisa. Los trastornos psíquicos se presentan en la declinación de los síntomas articulares, ó curados éstos, en los accesos agudos, ó en relación con ellos se presenta la locura reumática, que casi siempre reviste la forma melancólica; en los pocos casos en que estalla á la vez que los síntomas articulares, puede afectar la forma de una manía aguda. Es una alienación curable, aunque propensa á las recidivas.

La gota durante los accesos agudos puede dar lugar á un ataque de manía aguda y en los intervalos de calma á la melancolía con obtusión cerebral.

Aunque la diabetes se acompaña á menudo de trastornos psíquicos de hipocondría, tristeza y obtusión intelectual, cuyo tema suele ser la glicosuria existente, la locura verdadera es rarísima. Lo mismo sucede en el cáncer, y en este caso cuando se observa una alienación mental, raras veces deja de encontrarse algún dato de herencia; la locura suele revestir también la forma melancólica. La tendencia al suicidio, sea efecto de los dolores ó de la perturbación psíquica, es frecuente en los cancerosos.

Locuras relacionadas con las enfermedades del sistema nervioso.—Las lesiones del encéfalo dan lugar á la parálisis general de los enajenados ó á las distintas demencias, ya sea á la senil, ó á la apoplética, etc.; de ellas no hemos de volver á ocuparnos.

La ataxia locomotriz se acompaña con frecuencia de alteraciones del psiquismo de índole depresiva; en algunos casos, ascendiendo la lesión anatómica, preséntase la periencefalitis progresiva, de la que ya nos ocupamos anteriormente.

La esclerosis en placas también puede ofrecer trastornos psíquicos de depauperación ó de obtusión, y efecto de la torpeza de la palabra que á menudo presenta, se ha llegado á confundir, en algunos casos, con la parálisis general.

Los desórdenes mentales son muy frecuentes en las neurosis y en ciertas ocasiones adquieren una importancia muy notable.

La epilepsia ejerce una influencia muy notable sobre el modo de ser psíquico de los que la sufren; no nos entretendremos en la descripción de los ataques clásicos de todos sabidos, y sólo nos ocuparán aquí las alteraciones mentales. De dos maneras pueden considerarse éstas, ó sea, examinando el estado psíquico de los epilépticos, que les es casi habitual, y la verdadera locura epiléptica.

Los epilépticos pueden ser muy inteligentes, pero á la larga sus facultades intelectuales se debilitan, y en especial la memoria; pero es en el carácter donde se observan las variaciones más típicas; comúnmente son de una irascibilidad notable, sombríos, desconfiados, pendencieros, taciturnos, prontos á reñir con los demás y quejumbrones; hay otra clase menos frecuente, la de los *amenómanos*, completamente distintos de los anteriores, dulces, amables, obsequiosos, pero todo ello en términos que llegan á fatigar y ser molestos. Pero tanto unos como otros están sujetos á arrebatos de cólera, en los cuales pueden llegar á ser peligrosos, ya que fácilmente se dejan llevar á cometer actos punibles; suelen todos ellos tener instintos depravados y perversos. En la proximidad de los ataques comiciales las perturbaciones mentales se exageran y son entonces más frecuentes los accesos impulsivos y coléricos á que están propensos.

La locura epiléptica puede presentarse en los intervalos de

los ataques, y entonces es la exageración del estado antes referido, al que se añaden desórdenes maníacos ó melancólicos con ideas de persecución y alucinaciones de carácter terrorífico, que determinan arrebatos é impulsos irresistibles y peligrosos. Esta forma es muy rara y de carácter intermitente ó remitente.

La locura relacionada directamente con los ataques de epilepsia puede ser, ó inmediatamente anterior, ó posterior á aquéllos, ó concomitante.

La primera variedad reviste en general la forma de excitación maniaca y las menos veces la de depresión; las alucinaciones también terroríficas en forma de incendios que los van á abrasar, animales feroces é inmundos que les amenazan, etc., dan lugar á actos extraños, de no sobrevenir en seguida la caída. La locura consecutiva á los ataques epilépticos es la más común y puede consistir en un estado de depresión, con abatimiento, torpeza intelectual, etc., como si fuera la continuación del coma terminal de los accesos convulsivos; ó bien hay excitación y una manía aguda, ruidosa, incoherente, que estalla de un modo brusco; el enfermo tiene la cara encendida, vultuosa, los ojos brillantes, su aspecto es terrible y en estos momentos sumamente peligroso, pues presa de un furor ciego, las fuerzas aumentadas, se entrega á impulsos súbitos y feroces de destrucción, homicidio, etc.; la duración de tal estado no es larga, pero es de temer su repetición en otro ataque venidero.

A veces el acceso convulsivo es sustituído por uno de locura, durante el que, como en todos los trastornos epilépticos, pero en este caso mucho más y casi de un modo absoluto, hay inconsciencia absoluta y pérdida del recuerdo del mismo. La mayor parte de las veces es una crisis maníaca violenta y con impulsos instantáneos diversos, pero casi siempre los mismos para cada hecho particular, la que se observa; en estas circunstancias se trata en parte de un caso de epilepsia larvada.

Todos estos desórdenes conducen más ó menos pronto á

un estado de debilidad y degradación intelectuales, y subsiguientemente á la demencia. La Idiocia se acompaña con frecuencia de epilepsia, como ya dijimos.

Algunos autores subdividen más las variedades que pueden presentar los trastornos mentales de los epilépticos, que, en suma, entran en cualquiera de las antes descritas, siendo esas subdivisiones pura cuestión de nombre; así estudian los delirios transitorios, el pequeño mal intelectual, el gran mal ó furor epiléptico, etc.

Conocidos son de todos las extrañezas y desórdenes del estado psíquico de las histéricas, que también son multiformes y variados como los síntomas somáticos de la misma.

En edad temprana ya demuestran las histéricas lo que han de ser, presentando la emotividad tan propia de ellas, por lo que tan pronto ríen como lloran, por cualquier pretexto que las impresione; precoces, coquetas, procurando llamar hacia sí la atención, dadas á la mentira, sujetas á pesadillas, á palpitaciones y á la anemia. La movilidad más exagerada es el principal distintivo intelectual; susceptibles de una instrucción extensa y brillante, les es imposible dedicarse á nada serio y constante. Son el espíritu de contradicción, dadas á la controversia, á la imitación y á la paradoja. Irritables, caprichosas, fantásticas y con las mayores rarezas de carácter, su sensibilidad es exagerada y las variaciones de sus sentimientos no guardan proporción con la causa que las motiva; cambian á cada instante de pensamientos y afectos; tienen una afición innata al engaño, á la calumnia y á los chismes, inventando, para justificar cualquier cosa, una bien urdida novela; se entusiasman á veces sin motivo y de un modo rápido se ven impulsadas á realizar actos laudables y meritorios, sobre todo si pueden conseguir que los demás se ocupen de ellas; se les nota además una debilidad marcada de la voluntad y de la inteligencia. Es decir, el estado mental de las histéricas se caracteriza

por la movilidad y el contraste y por falta completa del equilibrio psíquico. En los momentos de las principales fases de la vida genital y en la época menstrual se exageran dichos trastornos.

La locura histérica puede observarse en los ataques de la neurosis, ó sea el delirio histérico, y en los intervalos ó fuera de los accesos constituyendo la locura histérica propiamente dicha.

El delirio histérico puede preceder, existir durante el ataque ó presentarse después de él. Algunos días antes se observa ya una excitación, ya una depresión, que van exagerándose hasta el momento del acceso, en que cesan de repente.

Durante el ataque, en cualquiera de sus fases, se observa el delirio voluble, con monólogos, gestos y actitudes que varían á compás y en consonancia con las alucinaciones múltiples que tiene el enfermo en cada uno de los períodos, en que, según CHARCOT y su escuela, se divide aquél. A veces puede ser sustituído el acceso convulsivo, como de un modo larvado pòr otro maníaco ó melancólico.

La locura histérica, según CULLERRE, puede revestir las formas maníaca, melancólica, de delirio de persecución, de locura con conciencia, de locura moral ó razonadora y hasta, aunque rarísima, de demencia. El desorden psíquico predomina en la esfera pasional de los instintos y de los actos y se caracteriza por semiconciencia, limitación de las ideas delirantes y movilidad de las mismas; caracteres análogos á los que hemos encontrado al estudiar el estado mental de las histéricas; á veces hay impulsos al suicidio, al homicidio, incendio ó robo. En las formas francas y agudas sobreviene con frecuencia la curación.

Las perturbaciones psíquicas de la epilepsia é histerismo tienen gran importancia, así puramente social como legal, aparte de su relativa frecuencia; las otras neurosis, ya de por sí menos comunes, también dan lugar á la presentación de trastornos mentales, aunque más raras veces.

La corea se acompaña asimismo de un cambio del estado mental con disminución de la memoria, movilidad de las ideas y obtusión y alucinaciones casi siempre visuales, penosas y comúnmente relacionadas con el sueño; el carácter es el que sufre cambios más notables, tales como impresionabilidad, impaciencia, irascibilidad y tendencia á la disputa.

Según BALL, bajo tres formas se observa la locura coreica: excitación maníaca con delirio incoherente; manía con alucinaciones y actos de violencia; y, por último, melancolía con ansiedad ó delirio de persecución.

Todas las formas de coreas hoy conocidas son susceptibles de trastornos mentales. Su pronóstico es variable, aunque en general, según el mismo BALL, la curación puede obtenerse en muchos casos.

El bocio exoftálmico se acompaña casi siempre de una emotividad exagerada, con extrañezas de carácter; éste suele ser fantástico, sujeto á antipatías inexplicables y á arrebatos. Aparte de este estado mental, puede observarse una verdadera locura, que, según BALL, recae casi siempre en mujeres y reviste la forma de melancolía acompañada de agitación, alucinaciones ópticas y acústicas, ansiedad precordial y vértigo; en cambio, según RÉGIS, parecen dominar los accidentes maníacos. La histeria complica con frecuencia la enfermedad de Basedow.

BALL, y después de él otros, han estudiado los trastornos psíquicos de la parálisis agitante; los enfermos tienen un carácter extraño é irritable, y en algunos casos padecen una verdadera locura melancólica, generalmente con delirio de persecución ó envenenamiento y alucinaciones, que puede llegar hasta el estupor. Estos desórdenes siguen las oscilaciones que presenta el mal; la mayor parte de los enfermos terminan en la demencia (RÉGIS).

Locuras tóxicas

Los estragos del alcohol sobre el funcionalismo de los centros nerviosos se manifiesta de varias maneras; según BALL, hay el *alcoholismo agudo* ó embriaguez habitual, de la que no nos ocuparemos por sabido; el *delírium tremens*, con su variedad febril de temperatura elevada y que constituye el tránsito entre el alcoholismo agudo y el *crónico* y la *pseudoparálisis general alcohólica;* CULLERRE estudia la *embriaguez*, el *alcoholismo subagudo*, el *alcoholismo agudo*, el *alcoholismo crónico* y las afecciones mentales comunes en las que el alcoholismo obra como causa ocasional ó cuyos síntomas se observan simultáneamente con los de esta intoxicación. RÉGIS se ocupa: de la *embriaguez*, de la *locuras alcohólicas agudas* y sus variedades *subaguda* y *peraguda*, de la *demencia alcohólica simple* y de la *pseudoparálisis general alcohólica;* y así podríamos ir citando divisiones, ya que el análisis clínico permite subdividir las formas al infinito.

El delirio alcohólico, ya subagudo, ya complicando cualquiera otra dolencia mental, se caracteriza sobre todo por alucinaciones penosas y típicas, sumamente variables y fugaces; predominan las de la vista en forma de llamas, chispas, nubes y de un modo marcado por la aparición de animales más ó menos fantásticos, feroces y repugnantes como leones, tigres, ratas, serpientes, dragones, sapos, etc , que tan pronto se agrandan, como disminuyen de volumen; se acercan, como se alejan; en muchos casos son animales pequeños como moscas, avispas, etc., los que ve el enfermo y todos ellos le asaltan é importunan y le llenan de terror ó repugnancia. En todas las circunstancias en que hay trastornos de origen alcohólico, es raro falten estas alucinaciones, que en parte son patognomónicas y que se acompañan de otras del tacto y de la sensibilidad general por las que siente el paciente cómo tales animales andan por su piel, le pican ó muerden. Las alucinaciones del oído también suelen

tener igual carácter, tañido fúnebre de campanas, gemidos, injurias y otras del mismo género; por las alucinaciones del gusto y olfato perciben sabores repugnantes ú olores nauseabundos como de azufre. Además de estos síntomas, que son más frecuentes de noche y durante el sueño, que es penoso, se observan los síntomas físicos ya conocidos por la patología común.

Los trastornos intelectuales pueden presentar la forma melancólica, que es la más frecuentísima, aunque comúnmente pasajera y como episódica, debutando por perturbación del sueño en términos que las alucinaciones citadas parecen ser continuación de él y viceversa; hay que añadir á esto, impulso al suicidio en muchos casos y diversos desórdenes nerviosos sensitivos ó motores.

El alcoholismo agudo en su forma melancólica, no es en realidad más que un grado más elevado de su análoga del subagudo que acabamos de describir: el insomnio es completo, las alucinaciones constituyen una verdadera panofobia, tan terroríficas son; las ideas hipocondríacas y de persecución muy frecuentes y la tendencia al suicidio casi constante. El temblor de las extremidades, los calambres, etc., y los trastornos gástricos sólo por excepción dejan de observarse.

Pero la forma de alcoholismo agudo más conocida es la maníaca, ó sea el clásico *delírium tremens*, que al igual que los otros delirios tóxicos alcohólicos estalla, después de un exceso en la bebida, ó por la supresión de ésta, ó á consecuencia de un traumatismo. El insomnio es el primer síntoma que se presenta, junto con la incoherencia en las ideas; la fisonomía encendida y vultuosa, los ojos brillantes, el pulso frecuente, la temperatura algo elevada y la piel cubierta de sudor junto con una sed viva; la agitación es extrema, el paciente grita, canta, vocifera y está en continuo movimiento; las alucinaciones junto con ilusiones son las características del alcoholismo en grado bastante acentuado; el temblor es general y pronunciado.

Hay ocasiones en que este cuadro se acentúa, hasta revestir el desorden psíquico los caracteres del delirio agudo, desarrollándose fiebre (40°, 41° y aún más), que no se observa en las otras variedades, junto con síntomas tifoídicos y adinámicos (*delírium tremens febril*). La forma melancólica del alcoholismo puede llegar hasta presentar el síndrome de un estupor. Todas estas variantes de la psicopatía alcohólica aguda son curables, menos la febril, que comúnmente termina por la muerte.

El alcoholismo crónico presenta un delirio menos aparatoso que el de la forma subaguda, sostenido por las mismas alucinaciones, con exacerbaciones remitentes, la ansiedad es muy pronunciada y ella lleva á menudo á los enfermos al suicidio. La zoopsia sigue predominando, el temblor es muy acentuado, así como la agudeza de los sentidos está disminuída; obsérvanse á veces accesos congestivos y epileptiformes ó de epilepsia jacksonniana con integridad de la conciencia. Esta forma no es transitoria como las anteriores y se debe al abuso habitual de las bebidas alcohólicas. Pero lo propio y característico de ella es una debilidad psíquica general con embrutecimiento y anestesia del sentido moral, y movilidad de ideas con paso rápido de éstas á la acción, lo que les hace temibles siempre á estos enfermos. Todo este cuadro se va agravando, la inteligencia se debilita más y más, la memoria se pierde, el enfermo va degradándose, el insomnio es casi constante y las alucinaciones típicas pueden aún observarse; esta demencia alcohólica se complica con los síntomas somáticos, que aún agrava la exageración del abuso de las bebidas; el enfermo arrastra á veces la palabra y en algunos casos hay desigualdad pupilar; la incontinencia de las heces fecales y de la orina aparece y por último un estado caquéctico cierra la marcha y conduce al término de la vida del enfermo.

Algunos síntomas que presentan las psicosis alcohólicas pueden dar lugar á una confusión diagnóstica con la parálisis general, la que es mucho más probable desde que los trabajos

de Nasse, Régis, Lacaille y Ball han dado á conocer una pseudoparálisis general debida á dicha intoxicación. Al igual que las pseudoparálisis sifilítica y saturnina, la alcohólica difiere de la periencefalitis difusa, por ser posible su curación ó mejoría Se observa en los cerebrales alcohólicos bien comprobados; empieza por accesos apopletiformes ó epileptiformes, ó por uno subagudo de alcoholismo, cometiendo en éste hechos que obligan á recluir el paciente y entonces, al cesar el ataque, estalla la pseudoparálisis con toda la mayor intensidad que ha de alcanzar, pues no es progresiva como la verdadera parálisis general.

Los síntomas propios del alcoholismo crónico se unen á los semejantes á la enfermedad de Bayle y éstos son: desigualdad pupilar, que rara vez falta, con disminución de la agudeza visual: á los trastornos delirantes y alucinatorios propios de la intoxicación, se agrega obtusión intelectual y embrutecimiento, esto es, una falsa demencia; los accidentes paralíticos localizados como la afasia y otros, se observan con más frecuencia y son más persistentes que en la periencefalitis difusa. Así como la marcha ó evolución de esta última enfermedad va siendo de un modo más ó menos rápido progresiva, en la pseudoparálisis general alcohólica de pronto se presenta el summum de todo el cuadro que ha de ofrecer la dolencia, que es más bien regresiva, pues los síntomas tienden más á disminuir; en los casos en que hay remisiones ó que se encaminan á la curación, la desigualdad pupilar es uno de los trastornos que más persisten, á la inversa de lo que sucede con la verdadera parálisis general. La pseudoparálisis general alcohólica cura con gran frecuencia, en algunas ocasiones reaparece en cada exceso y entonces después de varias recidivas termina habitualmente por la demencia alcohólica.

El envenenamiento por el plomo ó saturnismo da lugar también á desórdenes mentales, aunque con menos frecuencia que el alcohol. La encefalopatía saturnina reviste cuatro formas: la delirante, la comatosa, la convulsiva y la mixta; sólo nos ocu-

paremos de la primera, que á su vez ofrece á la observación tres variedades: la locura, la pseudoparálisis general y la demencia saturnina.

La locura saturnina aparece de un modo subagudo, aunque rarísimas veces, bajo la forma de melancolía y con síntomas casi idénticos á la modalidad análoga del alcoholismo, por lo que sólo puede aclarar el diagnóstico el ribete de BURTON en las encías y los otros signos del saturnismo. Otra manera de manifestarse la locura plúmbica es la aguda, casi siempre bajo el aspecto de una manía, embriaguez del plomo de BALL; unas veces tiene una fase prodrómica con cefalalgia, vértigos, etc., y hasta albuminuria; otras estalla de un modo brusco: el sueño está agitado por ensueños, excitación con alucinaciones é ilusiones, en suma, un cuadro análogo al alcoholismo más los estigmas saturninos. La variedad peraguda es rarísima y reviste la forma de una melancolía y hasta de un estupor profundo; cuando no da lugar á la muerte, deja un estado de atontamiento y obtusión intelectuales. Las otras dos modalidades, aguda y subaguda, son curables, salvo el peligro de muerte súbita á que están expuestos estos enfermos.

La pseudoparálisis general saturnina ha sido estudiada de un modo preferente por RÉGIS, que ha vulgarizado su conocimiento. Aparece por lo común en el curso de un acceso de delirio saturnino; estalla bruscamente, y desde el primer momento ofrece todos los caracteres del período de estado de una parálisis general; existe un atontamiento intelectual profundo; los enfermos se ensucian sobre sí mismos; no pueden tenerse derechos; el arrastre de la palabra y el temblor están sumamente acentuados, mientras que, por el contrario, la desigualdad pupilar falta por lo común; el estado de caquexia es profundo. Los trastornos delirantes son algo diferentes de los de los paralíticos comunes, pues hay alucinaciones terroríficas é ideas de persecución; el saturnino es grosero, desconfiado y sombrío en lo que

35

permite su obtusión psíquica. Acompaña á todo este síndrome el de la intoxicación plúmbica; reborde gris gingival, tinte térreo de la piel, calambres, neuralgias, artropatías, etc. Este cuadro es susceptible en muchos casos de regresión: cuando esto ocurre las heces fecales y la orina se retienen, el atontamiento disminuye, la inteligencia reaparece, la memoria vuelve, etc., y puede lograrse una curación completa; pero algunas veces, y sobre todo si hay recidivas por persistir la causa, puede quedar cierto estado de obtusión psíquica y aun hasta una demencia caquéctica, sino la verdadera demencia saturnina.

El saturnismo crónico y el envenenamiento lento por el plomo, al igual que el alcohólico, da lugar á una demencia saturnina «precoz y más profunda, la caquexia más marcada, las parálisis locales y las convulsiones epilépticas ó eclámpticas más frecuentes, el marasmo y el ensuciamiento más rápidos,» hasta que, transcurrido más ó menos tiempo, sobreviene la muerte, ó por caquexia física ó por un ataque convulsivo.

El abuso de la morfina *(morfinismo, morfinomanía)* y del clorhidrato de morfina en inyecciones hipodérmicas puede dar origen á trastornos mentales y nerviosos, que pueden considerarse originados de dos maneras: ó bien son debidos á la supresión principalmente brusca del empleo de dicha substancia ó á la acción directa de la misma sobre el sistema nervioso.

La abstinencia ocasiona irritabilidad de carácter, exageración emotiva de la sensibilidad é inercia; ansiedad precordial, postración y debilidad muscular; pero estos síntomas pueden exagerarse y complicarse y entonces aparece un estado sincopal, ó bien una excitación que puede ser un verdadero acceso de manía con alucinaciones é insomnio y hasta aparentar un *delírium tremens* con temblor, agitación extremada, alucinaciones ópticas y acústicas variadas, movimiento febril, etc.

El morfinismo se caracteriza por abulia; excitabilidad con timidez, misantropía, á veces depresión ó lentitud en la memo-

ria, emotividad; en algunos casos, insomnio y alucinaciones, etc.; trastornos digestivos, disminución de los reflejos, lentitud en el pulso en otros. Obsérvase en ciertas ocasiones un verdadero estado melancólico.

Pero en ambas circunstancias no presentan los síntomas nada que sea característico, y sólo los antecedentes y el examen ó investigación química del alcaloide en la orina puede dar á conocer la morfinomanía.

Hay veces en que el morfinismo, como el uso del opio, pueden ser motivo de un acceso de manía aguda.

El uso, ó mejor, el abuso de otras substancias puede también ser causa de la aparición de desórdenes psíquicos, pero su menor frecuencia hace nos limitemos á su enumeración: la cocaína da el *cocainismo;* el éter y el cloroformo, la *eteromanía* y el *cloroformismo;* el hidrato de cloral, el *cloralismo;* el óxido de carbono, el *oxicarbonismo;* el sulfuro de carbono, el *sulfocarbonismo,* y así el *absintismo,* el *haschischismo, teísmo, vainillismo, nicotismo,* etc. En muchos son las alucinaciones y desórdenes de depresión ó persecución, los que predominan; en otros los síntomas de depauperación psíquica, los impulsos agresivos y las convulsiones; en otros la amnesia, etc., habiendo alguna de esas substancias cuya influencia sobre el psiquismo, aunque evidente, es poco conocida aún.

SECCIÓN TERCERA

CAPÍTULO PRIMERO

Pronóstico de la alienación mental

Una de las partes más difíciles de la práctica médica es la que dice relación con el porvenir que la enfermedad reserva al paciente, ó sea el pronóstico, y con todas las dificultades que tiene, es, sin embargo, la contestación categórica referente á él lo que más exigen y satisface á las familias. En Frenopatía tal juicio es aún, si cabe, más complicado y laborioso que en la medicina general, en atención á que el problema ofrece más incógnitas que resolver, como veremos á continuación.

Independientemente de la alienación mental, ésta por sí coloca á los enfermos en condiciones que su mortalidad es mayor que en los sanos de espíritu, siendo ella más crecida en los primeros meses de la locura, y pasado este tiempo aún, según HAGEN, son cinco veces más numerosas las defunciones que en los que gozan de una mente normal. BALL observa, muy acertadamente, que hay que descartar la parálisis general, el delirio agudo y el alcoholismo con *delírium tremens*, que se acompañan siempre de lesiones orgánicas del encéfalo; así como la gran predisposición que los alienados tienen á sufrir enfermedades del aparato respiratorio, en especial la pneumonía, la tuberculosis y la gangrena pulmonar: en nuestra práctica, hemos podido comprobar la certeza de la opinión del distinguido

frenópata. Todo ello influye de un modo notable en el aumento de la cifra total de mortalidad en los alienados.

En el pronóstico, ya por lo que se refiere sólo á la afección mental, además de la curabilidad, las familias se preocupan del tiempo que tardará en conseguirse, en caso afirmativo, y subsiguientemente los medios para alcanzarla; y aunque sea adelantando conceptos, hemos de hacer observar que para conseguir esto último las familias se imponen á veces sacrificios, cuando es necesaria la reclusión en un manicomio, sacrificios que, á prolongarse la dolencia, no les es posible continuar, y entonces el alienado, en muchos casos, pasa á un asilo público de beneficencia, lo que en múltiples circunstancias ejerce una influencia funesta en su estado psíquico; esto hay que tenerlo presente é indicarlo á los allegados de un modo delicado para no ofender susceptibilidades, pues en tales casos es más conveniente empezar por donde se ha de acabar. Además, debe tenerse en cuenta que la locura con frecuencia es hereditaria; que este estado, la generalidad de las veces, es desconocido por el paciente, que no se cree enfermo en manera alguna, y que las mismas personas de la familia del alienado, predispuestas ó mal equilibradas en muchas ocasiones, con dificultad aceptan la opinión del médico; todo este orden de consideraciones es de grandísima importancia, no sólo para el pronóstico, sino que también para el diagnóstico y la deontología frenopáticos.

El pronóstico en Frenopatía ha de atender á dos órdenes de consideraciones fundamentales: las que se refieren al enfermo y las que corresponden á la enfermedad.

Condiciones relativas al enfermo

La herencia y la degeneración.—Confundidos indebidamente estos factores por muchos frenópatas, es cierto que á menudo coexisten, sobre todo en la degeneración hereditaria, pero

también puede darse el caso de que la degeneración sea adquirida. Las locuras hereditarias son frecuentísimas, alcanzándose á menudo la curación, si bien ésta no suele ser sólida y por tanto completa y definitiva, pues la alienación mental agrava casi siempre los trastornos originales de la inteligencia; por tanto, son de temer las recaídas ó recidivas, y que á la larga se haga crónica y por ende incurable la afección psíquica.

La degeneración imprime caracteres probables de incurabilidad y de cronicidad; así es que si, según la forma, el pronóstico puede ser relativamente favorable, en absoluto y para el porvenir hay que hacerlo de mal augurio. Casi es inútil manifestar que, unidas ambas condiciones, herencia y degeneración, cuanto más profundas sean éstas, hay que aumentar las reservas pronósticas.

La herencia es homóloga, en especial en la melancolía y en las ideas suicidas, y en estas últimas además homócrona, así es que cuando en los ascendentes se encuentren ambos estados, deben exagerarse las precauciones.

Los antecedentes personales, tales como convulsiones ó eclampsia en la niñez, traumatismos craneanos, la existencia de cualquiera de las distintas neurosis, abusos sexuales, enfermedades graves infectivas y febriles, etc., esto es, cualquier circunstancia que coloque al sistema nervioso en estado de inminencia morbosa, hay que tenerla presente, y el pronóstico, por lo común, no es tan favorable.

Respecto á la edad, en términos generales la alienación mental es tanto más curable cuanto más joven es el sujeto, salvo los casos de epilepsia, de imbecilidad y de idiocia; BOYD señala la época de veinticinco á treinta y cinco años, como la de mayores probabilidades de curación y GUISLAIN dice, que á los veinticinco años el término medio de resultados favorables es de 60 por 100, descendiendo á 30 por 100 á los sesenta años; lo que no es de extrañar, ya que la vejez por sí sola imprime

cambios al modo de ser orgánico de los centros nerviosos, que con la mayor facilidad entran en el dominio de la patología. Sin embargo, la locura de la juventud ennegrece un poco el porvenir, pues indica un fondo de falta de resistencia á las influencias morbosas; en las muchachas no es tan desfavorable el concepto que hay que formar, salvo el temor de las recidivas en la época menstrual al coincidir con ésta el afecto mental; sólo transcurridas varias de ellas sin alteración psíquica puede afirmarse la curación.

Las grandes fases de la vida sexual de la mujer no dejan de influir, en las que padecen una locura, como de ello hemos visto ya repetidas pruebas. La menstruación en los casos agudos suele influir desfavorablemente y en los crónicos por lo común de un modo inverso; pero ya sabemos, que por poco grave que sea la alienación mental, existe amenorrea. Al estudiar la locura puerperal vimos ya cuál era la acción de la menopausia en la locura, siendo más bien desfavorable; igualmente nos ocupamos entonces del parto, puerperio y lactancia, que aparte de su manera de obrar como causas determinantes, cuando recaen en mujeres de edad avanzada también agravan el pronóstico.

En los hombres, efecto de la mayor frecuencia y curso más rápido de la parálisis general, la mortalidad es mayor; todos los frenópatas están conformes en que en la mujer la curación es más frecuente, pero menos sólida y más expuesta á las recidivas.

En verano parecen ser más frecuentes las locuras y la excitación, así como el otoño es la estación del año en que las curaciones se obtienen en mayor número.

Las neurosis determinan afectos mentales, en general no muy graves, salvo la epilepsia. La neurastenia imprime un sello de cronicidad á dichas enfermedades y por tanto su incurabilidad es muy probable.

Cuando en el curso de una locura sufre el enfermo una fiebre tifoidea, cólera ú otra infección febril, á veces sobrevienen

curaciones inesperadas; acerca del pronóstico, por lo que se refiere á las psicosis que dichas infecciones determinan, nos remitimos á lo que se dijo al tratar de las mismas. En general vimos ya que las locuras tóxicas, cuando la intoxicación obraba de un modo agudo, solían ser curables, á la inversa de la intoxicación crónica que á menudo terminaba por la demencia.

Además, para formar un acertado juicio pronóstico hay que considerar de qué modo se ha efectuado la evolución y desarrollo orgánico del sujeto; si existen estigmas somáticos de degeneración y su alcance; de qué manera se ha ido desenvolviendo la vida psíquica, tanto en la niñez, como en la adolescencia, etc.; cómo ha obrado y se ha conducido al dedicarse á una profesión y en su ejercicio; el carácter del individuo si es alegre ó sombrío, reconcentrado, huraño, lleno de rarezas y extravagancias, celoso, vengativo, pendenciero, etc.; sus gustos, tendencias é inclinaciones, esto es, su estado de equilibrio moral, pues si el afecto mental es sólo la exageración de su carácter, de su manera de ser, nos explicará ciertas particularidades del delirio, que pueden parecer impropias de la forma morbosa, agravando así el pronóstico; como también, aparte de esta última consideración, igualmente el augurio es desagradable, por tratarse de un degenerado, en el que no siendo la locura franca, si bien cura pronto y rápidamente, del mismo modo las recaídas y recidivas son muy comunes y con tendencia á la cronicidad, y por tanto á hacerse incurable la enfermedad mental.

También son de notar los desórdenes psíquicos de la niñez; la aptitud ó torpeza para instruirse, etc.

Las causas morales persistentes y duraderas implican un mal pronóstico, pero en cambio si son fugaces y transitorios los afectos mentales que determinan, curan más fácilmente que los de causa orgánica. Los traumatismos de la cabeza también son causas de resultados desfavorables.

Cuando la causa originaria data de larga fecha, es decir,

que entre su acción y el momento de aparecer el desorden psíquico transcurre mucho tiempo, también hemos de formular un pronóstico funesto; así como, y es fácil comprenderlo, cuando son varias y de distinta índole las causas que concurren á la producción de la psicosis. En los casos en que se puede conseguir la curación, persistiendo después de ésta la causa productora, es de temer la recaída ó que la vuelta al estado de razón tarde en consolidarse.

Condiciones relativas á la enfermedad

Examinadas las circunstancias inherentes al enfermo, ya de un modo permanente ya accidentales que hay que tener en cuenta al pronosticar en la práctica frenopática, vamos á ocuparnos de las que son propias de la enfermedad y que con las anteriores completan los datos necesarios para formular el pronóstico.

SOLLIER considera estas circunstancias, según se trate de la enfermedad en su principio ó bien después de transcurrido un cierto tiempo. En el primer caso las estudia en cinco grupos: modo de invasión de la enfermedad, manera de progresar, duracion anterior al tratamiento, caracteres del delirio y caracteres de las ideas delirantes por sí mismas.

Cuanto más brusco y más súbito es el principio del mal, mayores son las probabilidades de curación y á más corto plazo; mientras que cuanto más lenta y prolongada es la iniciación, parece que más arraiga la psicosis; pero esto sólo tratándose de las locuras agudas, pues las crónicas son esencialmente incurables; sin embargo, las peragudas por las complicaciones que á menudo tienen y la parálisis general en los casos en que estalla bruscamente, hacen excepción á la regla y son de un augurio desfavorable. También se ha de pronosticar mal cuando desde el principio se observa una debilidad progresiva de la inteligencia y de la memoria, pues es de temer una pronta de–

mencia, así como igualmente en los casos en que hay pérdida precoz de las conveniencias sociales, de la probidad y de la delicadeza, y en las mujeres, del pudor.

La evolución rápida que da lugar á que la locura alcance pronto su apogeo y máximum de intensidad en pocos días, es de mucho mejor pronóstico que el desarrollo lento y progresivo que hace temer una larga duración y por tanto mayores probabilidades de cronicidad, lo que vale tanto casi como incurabilidad, en particular tratándose de sujetos débiles ó de alguna edad. Si el curso se hace estacionario, con una sintomatología poco precisa, también es de temer que la curación se logre difícilmente; así como si alcanzado el *súmmum* de intensidad hay un ligero descenso que se detiene, mientras que si en el período de declinación se observan repetidos destellos de lucidez con toda probabilidad la terminación será favorable. En cambio sabemos ya cuán funestamente hay que pensar para el porvenir de los casos en que hay intermitencia ó periodicidad en la marcha del afecto mental, sobre todo cuanta más regularidad hay en la sucesión de los accesos.

Parece imposible, á no verlo, cuán pronto se pierden las probabilidades de obtener la curación en una enfermedad mental, por poco que se retrase el planteamiento de un plan terapéutico para combatirla: de ahí que para pronosticar hay que tener en cuenta el tiempo que lleva de existencia la dolencia sin estar sometida á tratamiento. Cuanto más pronto se recluye á un alienado ó se le somete á una curación metódica, tanto más fácil es ver coronados de éxito los esfuerzos para ello empleados; pero por desgracia se pierde un tiempo precioso, y lo que es más irreparable, contemporizando, viajando, etc., es decir, en paliativos á lo más, hasta que un hecho grave ó insólito, como tentativa de suicidio ú otros alarman á la familia y entonces se decide á obrar de un modo enérgico, pero necesario.

Hemos dicho ya, que en alienación mental cronicidad

vale tanto como incurabilidad; sin embargo, hay casos en que después de muchos años se logra la curación; así nosotros vimos recobrar su integridad psíquica á un sujeto que llevaba más de doce años de reclusión en un Manicomio y con una locura de las consideradas como más incurables, esto es, un delirio crónico de persecución. GUISLAIN opina que el 60 por 100 de curaciones se obtienen el primer mes y 25 por 100 en los seis meses consecutivos. Si al principio del tratamiento lleva el enajenado bastante tiempo de enfermedad, la que por otra parte está estacionada, hay que ser reservado en el pronóstico ó cuando menos advertir que el tratamiento será algo prolongado. La recidiva es también circunstancia desfavorable, aunque no tanto en la melancolía, que tiene tendencia á repetir; la edad algo adelantada y la falta de tratamiento en el acceso anterior imprimen un sello de mayor gravedad y dan más probabilidades de cronicidad ó de demencia.

Los caracteres que reviste el delirio, hay que tenerlos muy presentes al formular el pronóstico. Así, cuanto más intenso es, cuanta mayor agudez ofrece, esto es, cuanto más franco, á la par que las ideas por él expresadas son homogéneas y de la misma naturaleza, tanto mayores son las probabilidades de curación; así como también, si á su vez el principio es brusco y rápidamente alcanza su máximo desarrollo. La diversidad de ideas y volubilidad en el delirio no es de tan buen augurio.

Las alienaciones mentales en que el desorden delirante es general, son preferibles, pues los delirios parciales cuanto más limitados son mayor incurabilidad presentan; así el delirio parcial sistematizado sólo por excepción cura, mientras que la melancolía y sobre todo la manía agudas cuentan con gran número de curaciones, y cuanto más general el trastorno psíquico más, como lo demuestra el estupor melancólico, á pesar de ser algo mayor su duración; mientras que en la excitación maníaca es

menos favorable el pronóstico que en la manía aguda típica. Cuanto más restringido es el círculo de ideas delirantes, más es de temer un mal resultado; SOLLIER hace notar, que algunos delirios sistematizados no son crónicos, como los del alcoholismo y alguna otra alienación, y entonces, cuando menos para el acceso, no es malo el pronóstico.

Las formas de alienación mental continuas y francas, como hemos ya dicho, son de mejor augurio que las periódicas, intermitentes y remitentes, que son crónicas de un modo esencial.

La conciencia del delirio es indicio de gravedad, pues, como sabemos, se encuentra en los degenerados y hereditarios, en los que si bien hay remisiones y curaciones del acceso, en cambio estas últimas rara vez son completas y la recidiva es frecuente. Pero cuando la inconsciencia se acompaña de confusión é incoherencia ó falta de asociación de ideas, es de mal pronóstico, así como la incoherencia muy marcada al final del período agudo.

Respecto al carácter de las ideas delirantes, SOLLIER hace dos grupos de ellas por lo que se refiere al pronóstico, esto es, las que ofrecen gravedad inmediata, tanto para el individuo, como para los que le rodean, y aquellas cuya gravedad es para el porvenir. Las primeras son las ideas de suicidio, los impulsos homicidas ó de violencia y las obsesiones; y las del último grupo comprenden las ideas de persecución, de grandeza, las místicas, de negación, hipocondríacas y melancólicas.

Las alucinaciones en las locuras crónicas son de un pronóstico malo por sí, por los actos que pueden determinar en el enfermo, cuya dolencia sostienen en estado de cronicidad: lo mismo hemos de decir con respecto á las ideas de desdoblamiento y de transformación de la personalidad, los neologismos, etc.

Las condiciones en que se basa el pronóstico de la alienación mental, después de un cierto tiempo de estar sometido á tratamiento el enfermo, son más precisas y, como hace notar

SOLLIER, son más importantes para el especialista ó sea el frenópata que no para el médico general; sin embargo, creemos que también á éste le puede reportar gran beneficio su conocimiento.

Lo primero que hay que tener en cuenta es el tiempo que lleva de duración el afecto mental, pues como se comprende fácilmente, cuanto mayor, más disminuyen las probabilidades de un feliz resultado. Hacia el tercero ó cuarto mes se logra ó empieza la curación, por lo general, de la manía y la melancolía, que se retrasa hasta el tercero ó cuarto trimestre de tratamiento, cuando se complica con sitofobia, ideas suicidas, etc. En el segundo año las probabilidades de curación son seis veces menores que en el primer semestre y en el tercero ó cuarto año el hecho llega á ser excepcional; aunque se citen casos de curación tardía como el referido por nosotros más arriba y los que citan GIRAUD, ROUSSEAU y MARANDON DE MONTYEL á los quince y diez y seis años de enfermedad.

Los cambios en las ideas delirantes ó la aparición de otras contradictorias, el estar el enfermo hoy triste y mañana alegre, ahora obediente, más tarde rebelde, esto es, todo lo que podría llamarse *atípico* (SOLLIER), debe hacer temer el estado crónico y subsiguiente incurabilidad. «De igual modo la aparición del automatismo, de los actos reflejos, accesos epileptiformes, en el curso de una afección crónica, es de carácter alarmante.»

A veces se observan exacerbaciones del delirio, que en su fase ascendente no tienen ningún significado favorable ni adverso, salvo si se trata de ciertas ideas, como suicidio, etc., que de momento y á no preverlas pueden ser peligrosas.

En Frenopatía no es frecuente observar crisis, y apenas se las encuentra, fuera de la manía ó de la melancolía; tales son un sudor abundante, la reaparición de la menstruación y otras que pueden confundirse con los indicios de una convalecencia.

Llegado ya al período en que ha completado su evolución

la psicosis, hay que observar atentamente si se presentan signos que indiquen una pronta convalecencia. Estos aparecen antes en la esfera moral que en la física, por lo que, á pesar de su mayor dificultad en apreciarlos, son los más importantes. La terminación progresiva es más favorable y completa que la brusca, salvo en alguna forma accesional y en las neurósicas; una desaparición repentina del delirio en la manía es indicio de la intermitencia y por tanto de incurabilidad.

Entre los signos físicos de convalecencia hay que señalar la vuelta del sueño, menstruación y apetito, y del aumento real del peso del cuerpo (del cual nos ocupamos al estudiar los signos somáticos de la alienación, adonde nos remitimos), la reaparición de las secreciones, etc. Pero cuando todos estos fenómenos no coinciden con mejoría psíquica, deben hacer temer el estado de cronicidad.

La disminución de la intensidad en las ideas delirantes es buen signo de convalecencia, así como la del número de las mismas debe hacernos augurar mal; la menor frecuencia ó intensidad de las alucinaciones, lo mismo que el ocuparse el enfermo de otros asuntos, por convicción de su error y por tanto el hablar menos de su delirio, es también señal de curación próxima.

Entre los signos morales indicio fehaciente de convalecencia son de notar el volver á cuidar del aseo y aliño personales y del vestido; la vuelta á los hábitos anteriores, la mirada tranquila, atendiendo á los consejos y observaciones que se le hacen; reaparece el afecto hacia la familia, formando planes para cuando vuelva al seno de la misma; la tristeza es siempre de mejor pronóstico que la alegría, pues ésta hace temer la cronicidad ó una agravación en ésta. Siendo los fenómenos de orden moral los más característicos, no existiendo éstos, la vuelta del juicio y del raciocinio no indican por sí solos la proximidad de la curación.

La cronicidad es de temer cuando se repiten las recaídas y

recidivas; igualmente hay que sospecharla siempre y cuando transcurre el tiempo en que hemos visto que con más frecuencia se obtiene la curación; en este caso, se estaciona el estado mental y algunos síntomas somáticos mejoran, como el sueño, el apetito, la menstruación y otros, engordando además el enfermo sin alivio ninguno psíquico; el delirio se circunscribe y es menos aparatoso.

No sólo son signos del estado crónico, sino que también indican una demencia próxima, los trastornos en la emisión de la palabra, la amnesia, las variaciones bruscas de carácter y de modo de obrar sin motivo aparente que los justifique, la incoherencia, el rechinar de dientes, la espuición continua y otros.

También influyen en el porvenir del alienado, á título de complicaciones, ciertos estados morbosos ajenos al estado frenopático, como las crisis epileptiformes y apopletiformes de los paralíticos, pseudoparalíticos, degenerados y otros; los trastornos tróficos (escaras, gangrenas, edemas, etc.); las afecciones orgánicas del cerebro y otros.

Aparte de los casos en que la muerte es la consecuencia directa del afecto mental ó de algún episodio dependiente de él, tal como el suicidio, hay un cierto número de enfermedades que á menudo se observan en los locos y que terminan con su existencia complicando la alienación; entre ellas, son de notar la tuberculosis pulmonar y la pneumonía; en los sitófobos, la gangrena pulmonar, el catarro intestinal crónico y las diarreas incoercibles, la apoplejía cerebral y algunos estados febriles infectivos, y en los dementes de un modo particular, la caquexia, y otras varias dolencias cardíacas, renales, etc.

Las *recaídas* son frecuentes y por lo común más de temer durante el primer año; aparte de las locuras hereditarias y todas aquellas que son debidas á trastorno orgánico y profundo del cerebro, se encuentran sobre todo en los casos en que hay persistencia de las causas determinantes, emociones muy vivas;

y particularmente en aquellos en que á su salida de un Asilo experimentan grandes dificultades para vivir y lograr trabajo. Casi siempre es la misma forma morbosa la que de nuevo se observa.

Las *remisiones* consisten en la atenuación más ó menos completa de los síntomas. Su significación pronóstica es distinta según los casos; ya hemos visto que en la parálisis general son frecuentes, como también en el delirio agudo, en la manía y en la melancolía; cuando se observan en el período de declinación son de buen augurio. Lo que distingue la remisión de la intermitencia y de los intervalos lúcidos es, que los síntomas siempre persisten en mayor ó menor grado.

Las *intermitencias* es la vuelta completa al período de razón entre dos accesos de locura, como se observa en la locura de doble forma. Es indicio de incurabilidad absoluta, pues las psicosis que las presentan sólo curan de un modo excepcional.

En los *intervalos lúcidos* se encuentra de un modo temporal la vuelta completa del estado de razón, cesando por tanto los síntomas de locura, mientras duran aquéllos. En los primeros tiempos de la manía y de la melancolía son casi siempre de augurio desfavorable; mientras que, al contrario, su pronóstico es bueno en el período de declinación de las locuras.

Las remisiones, las intermitencias y los intervalos lúcidos tienen importancia, principalmente por lo que se relacionan con el estado legal y social de los alienados.

CAPITULO II

Diagnóstico de la locura

El diagnóstico de la alienación mental presenta numerosas dificultades, muchísimo mayores que en la práctica general, pues en ésta el enfermo tiene conocimiento de su estado, anhela su curación y proporciona cuantos datos puede al médico, y la familia contribuye, en cuanto está á su alcance, al mismo fin, mientras que en los casos de locura, la mayor parte de las veces el alienado está inconsciente de su mal, y las familias, ya por un falso pudor, ya por no apreciar debidamente ciertos hechos que procuran explicar de un modo ó de otro, aunque siempre dentro del supuesto de que el enfermo goza de sana razón, y quizás también por estar bajo el dominio de una predisposición latente que no les permite conocer el alcance y significado de actos ó palabras de su deudo, nada ponen de su parte para facilitar la tarea del médico, viniendo á constituir todo ello un cúmulo de circunstancias que imposibilitan y dificultan al frenópata para sentar un verdadero diagnóstico.

Ante un supuesto ó real alienado preséntanse á nuestra mente estas cuatro cuestiones previas: si realmente sufre un trastorno mental; cuál es la forma que reviste; si es ó no sintomático de otra afección; y en algunos casos, si puede ser simulada la locura. Las dos primeras son las más importantes, y de ellas vamos á ocuparnos en seguida.

Para fundamentar el diagnóstico hay que tener presentes los datos conmemorativos ó anamnésticos así del enfermo como de su familia y luego los proporcionados por la dolencia misma.

Los antecedentes de la familia y del enfermo son proporcionados por sus parientes, y para su adquisición es superfluo manifestar la extrema delicadeza con que debe procederse para no herir susceptibilidades que una falta de tacto ó la creencia en preguntas indiscretas ó innecesarias podrían determinar, y por otra parte hay que estar en guardia y desconfiar de la exactitud de los datos referidos por la familia, pues ésta, por lo común, por ignorancia ó por otras causas ya expresadas, suele ser siempre poco explícita y sólo hace semiconfidencias, en especial en lo que atañe á la herencia.

La herencia sabemos ya el gran papel que juega en todo lo que concierne á la alienación mental; no hay que limitar su investigación al padre ó madre del enfermo, sino que debe extenderse así en la línea ascendente á los distintos abuelos, como á los colaterales y descendientes de todos; pues sabido es que la herencia no siempre es continua y directa, sino que deja de afectar á alguna generación para aparecer su acción en otra posterior; hay que recordar que no siempre es homóloga, etc., esto es, que además de los casos de locura en los parientes hay que investigar si han padecido afectos cerebrales, neurosis, alcoholismo; si ha habido consanguinidad ó han sufrido ciertas diátesis, etc.; tampoco hay que olvidar los antecedentes de suicidio, de organización psíquica defectuosa, extravagancias, criminalidad y muchos otros, pues á veces lo que sólo es predisposición latente, pero observable en los ascendentes, se transforma en los descendientes en locura confirmada. El estado de los padres en la época de la concepción y gestación se admite hoy día como poderoso determinante de ciertos afectos; así el alcoholismo agudo del padre, las preocupaciones morales de la madre, etc., se traducen en el hijo por imbecilidad, epilepsia, etc. Ciertos hechos

de herencia pueden poner en camino para precisar la forma de la dolencia; así la herencia cerebral hará presumir se trate de una periencefalitis. Además hay que estudiar, lo que BALL y RÉGIS llaman caracteres biológicos de la familia, como: la longevidad ó duración de la vida y la natalidad ó cifra media de nacimientos, que suelen ser ambas mayores en las familias de los alienados, al paso que, por el contrario, la vitalidad ó potencia de las manifestaciones de la vida es menor. Compréndese, por lo expuesto y lo que se sabe ya de la acción de la herencia, la importancia que tiene su conocimiento completo.

La anamnesis del enfermo abraza dos extremos: hasta el momento en que apareció la enfermedad, y desde el principio de ésta al tiempo en que se hace la investigación.

Todo cuanto se refiere á la vida psíquica y somática en lo más culminante debe examinarse: así cuál es su edad, estado civil, su constitución física, intelectual y moral; la facilidad ó dificultad que pudo tener para instruirse y cuál es su grado de cultura; sus usos y costumbres; sus inclinaciones, sus hábitos, sus sentimientos de toda clase; su carácter y los cambios que en éste y en las costumbres pudieron observarse; si es mujer, de qué manera se han presentado los fenómenos de la vida sexual, en todas sus fases y modalidades; las enfermedades que lo mismo en la niñez que posteriormente pudo padecer el alienado, especialmente las del sistema nervioso y los traumatismos en la cabeza; los excesos alcohólicos, venéreos, etc. También importa averiguar si han ocurrido hechos que puedan haberle dado lugar á experimentar grandes impresiones, así de disgusto como de alegría, ó cambiado su modo de ser habitual; si en algún tiempo sufrió algún impulso, tuvo ideas de suicidio, ejecutó actos desordenados, etc.

Conocidos ya todos estos datos, se han de adquirir los antecedentes que se relacionan con la enfermedad, desde su primera manifestación hasta el estado actual; cuáles son las

causas de todo orden á que atribuyen los parientes la aparición de la dolencia; el tiempo que lleva de duración y cómo se inició; los síntomas que se han presentado, así psíquicos como somáticos, y la manera cómo han evolucionado. Entre los trastornos físicos merecen especial mención los del sueño, de las vías digestivas y funciones genitales; cuáles son en el momento actual sus actos, ideas, sentimientos y palabras. Una vez estemos en posesión de todos estos datos deberemos proceder al examen é interrogatorio directo del enfermo.

Hay que hacer notar, antes de entrar de lleno en esta última parte, que entre los alienados se encuentran unos que á primera vista parecen locos y otros que no lo aparentan. Entre los primeros, por lo general, se hallan todas las locuras generalizadas, como la manía y la melancolía, y los últimos comprenden comúnmente las psicosis parciales, siendo éstos los que más dificultades ofrecen para la investigación diagnóstica.

Ignorando el alienado su estado y desconociendo, por tanto, que está enfermo, se comprende la dificultad que hay para el interrogatorio del mismo, exceptuando aquellos casos en que la excitación, la depresión ó el estado de demencia son bastante claros para poner al médico en el verdadero camino, ó bien cuando se encuentre en cama por una dolencia cualquiera.

El interrogatorio debe abrazar varios extremos, como son, el grado de desarrollo intelectual y psíquico todo y los trastornos de estas funciones. En la manera de ponerse en relación con el paciente y de iniciar la investigación no están todos conformes; unos frenópatas quieren se presente el médico con carácter de autoridad y hablarle de instrucción de expedientes, sumarias, etc., y aun, si preciso fuera, simular ser magistrado, en atención á lo frecuente que es que á dichos enfermos les preocupe la autoridad judicial, policía y demás agentes gubernativos; los que son de este parecer aconsejan, cuando el medio expuesto no da resultado ó cuando de buenas á primeras se

crea que no ha de ser eficaz, emplear para el interrogatorio distintos subterfugios, pero en cambio hay otros autores que rechazan todos ellos como impropios y poco serios, aparte de que, dada la desconfianza de los alienados, es muy de temer descubran la superchería, ó sospechándola procuren ponerla en claro; algunos aconsejan revestirse del cargo de médico, pero con el objeto de visitar á algún pariente y con este motivo entablar relaciones con el verdadero enfermo. En resumen, esto es cuestión de tacto y puramente circunstancial, debiéndonos aprovechar de todas las incidencias del caso que ayuden al logro de nuestra misión; procurar ganar la confianza del interesado de un modo más ó menos indirecto, nunca de frente y claramente; conseguir sus confidencias con dulzura; en algunos, según CULLÉRRE, puede acudirse á excitar hasta la cólera del sujeto, pero sólo de un modo excepcional; esto quiere decir sencillamente que no hay regla absoluta y fija y que en manera alguna debe el facultativo prestarse á las supercherías y pretextos fútiles que muchas veces desean las familias, cosas que si no le ponen en situación desairada á menudo, son casi siempre inútiles y sin resultado práctico.

Conseguida la confianza del paciente ó que éste entable conversación, debe dejársele hablar, pues en ocasiones una pregunta que se le dirija, hace que conteste acordemente y desaparezca una idea delirante, en especial en ciertos estados agudos, procurando, sin embargo, empezar por cosas triviales para ver de hallar su punto flaco y entonces dirigir la conversación hacia él, sin contradecirle y dejando espontanearse al alienado. Aprovéchense estos primeros momentos para observar su aspecto exterior y somático en general y en detalle, en lo que sea posible, al mismo tiempo que se comprueba la medida de su nivel intelectual, el estado de su juicio, y se va averiguando si su memoria está íntegra ó exaltada ó si, por el contrario, hay amnesia, apreciando así, al propio tiempo cuál sea el desarrollo de la atención,

coordinación é ilación en las ideas. Cuando no sea posible dar con el que fundadamente pudiera calificarse de punto flaco ó vulnerable del enfermo, debe, sin embargo, dejarle seguir hablando, á pesar de sus contradicciones y digresiones, concretándose á guiarle ligeramente. El grado de desarrollo intelectual compruébase por medio de algún ejercicio aritmético, como por ejemplo, la tabla de multiplicar, etc., habiendo casos en que sujetos que se expresan correctamente, por esta prueba pierden su equilibrio intelectual. También puede comprobarse por medio de preguntas sobre cuestiones literarias, etc., según las condiciones del sujeto, sus hábitos, su educación, etc.

Después de estas cuestiones generales, debemos procurar se dirija la investigación hacia las ideas de orgullo, de vanidad y de ambición, tan preponderantes en los locos; preguntarle por su estado de salud, fuerzas físicas y aficiones ó aptitudes intelectuales, y de un modo delicado en extremo por sus medios de fortuna y posición social; es fácil de aquí pasar al estudio de sus sentimientos por su familia, que sabido es, con frecuencia no se distinguen por su afectuosidad y benevolencia, procurando con este motivo averiguar si hay concepciones delirantes y alucinaciones. A veces en este momento se les puede preguntar si tienen enemigos ó han intentado hacerles daño, siendo muy fácil que, sobre todo los perseguidos, desahoguen su ánimo y den cuenta de las injurias y amenazas, que por sus alucinaciones han oído, ó de tentativas de envenenamiento que el sabor ú olor de las cosas les han advertido.

Las ideas religiosas, después de las políticas, á menudo nos ponen de manifiesto conceptos delirantes megalománicos: las preocupaciones del día y los trastornos eróticos que pueden encontrarse, deben ser objeto también de examen.

Todo este interrogatorio nos acabará de enseñar si se trata de una psicosis parcial ó generalizada, pues en realidad será muy raro que, llevándolo á cabo del modo conveniente, resista el alie-

nado y no dé á conocer su perturbación: si ocurre esto último, debe repetirse dicho examen en época posterior, en atención, entre otros extremos, al carácter intermitente ó periódico que á menudo tiene la locura. En caso de que se trate de una alienación generalizada, también nos habremos hecho cargo de si hay excitación ó depresión, esto es, si nos encontramos con una manía ó una melancolía; en los momentos oportunos se procurará averiguar las alucinaciones y otros trastornos sensoriales que pueden existir, los impulsos, etc.; todos estos últimos hechos son más frecuentes ó cuando menos más importantes en las vesanias parciales.

Durante todo el interrogatorio habremos procedido con la mayor cortesía, tacto y delicadeza posibles, dirigiéndonos al enfermo como si no lo fuera, ni dándole á conocer cuál es su estado, ni empleando tecnicismos. El interrogatorio debe prolongarse siempre y en todo caso, pero «sobre todo en los razonantes y locos parciales,» pues sólo fatigándoles, como quien dice, ó forzándoles, es posible conseguir resultado favorable, que, en otro caso, no sería tan fácil. Digamos además que, tratándose de cuestiones médico-legales ú otras análogas, hay que repetir las investigaciones.

El mutismo completo de algunos enfermos por sí solo ya es un síntoma precioso para el diagnóstico, pues es propio de ciertas y determinadas psicosis, como la melancolía profunda y el estupor, en cuyos casos se acompaña de otros trastornos no menos característicos. En otros casos, el enfermo tiene un aire hosco, desconfiado, y algunos se presentan con arrogancia, pronunciando á veces, á despecho suyo, las frases características que dijimos eran frecuentes en los perseguidos.

El diagnóstico de la alienación mental se completa con el examen de los escritos de los locos: cartas, folletos, manuscritos, etc., estudiando, no sólo los caracteres gráficos ó de forma, sino que también los de expresión ó concepto, de los

FUNCIONES INTELECTUALES *

OPERACIONES CEREBRALES GENERALES

- *Sensaciones.*
  - visuales.
  - auditivas.
  - gustativas.
  - olfativas.
  - táctiles.
  - Determinando la ausencia ó presencia de ilusiones, alucinaciones ó alteraciones de reciprocidad y las lesiones materiales que en los aparatos de los sentidos se encuentran.
- *Percepciones.* . . . . Explorando el concepto que el enfermo tiene formado de los objetos exteriores.
- *Memoria.*
  - Si hay hiperamnesias.
    - generales.
    - parciales.
      - pasajeras.
      - permanentes.
  - Si hay amnesias.
    - de cosas recientes.
    - de cosas remotas.
      - general.
        - completa.
        - incompleta.
      - parcial.
        - de estados de conciencia simple.
          - ópticos.
          - fonéticos.
          - gestos.
            - nombres.
            - números.
            - fechas.
        - de estados de conciencia asociados.
          - Olvido de las fisonomías, de los lugares, etc.
- *Imagen é ideas.* Preguntando sobre cosas que haya visto ó, en general, que haya conocido, pero que ahora no vea ni tenga presentes, ya estas cosas sean concretas, ya sean abstractas.
- *Atención.* Fácilmente explorable por la expresión de agotamiento que expresa, caso que la tenga deficiente.
- *Voluntad.*
  - Considerada como expresión *fatal* del *deseo* que nace de las necesidades orgánicas, se ha de determinar si está en exceso ó en defecto, si es consciente, como en la exacerbación mental, ó inconsciente, como en la locura epiléptica.
  - Considerada como *Volición*, explórese si es
    - Por exceso.
      - general (hiperbulia). . el carácter del individuo, su obstinación, resolución, etc.
      - parcial (heterabulia). . los caprichos, impulsos conscientes ó inconscientes, como el suicidio, homicidio, infanticidio, robo, incendio, etc., etc.
    - Por defecto.
      - general (abulia). . . . . la distracción.
      - parcial. . . . . . la indecisión, la duda, la ansiedad, la desesperación, etc.

OPERACIONES ELEVADAS Ó ESPECIALES DEL CEREBRO

- *Asociaciones simples* (operaciones del juicio). . . . . .
  - Comparaciones.
  - Distinciones.
  - Discernimientos.
- *Asociaciones compuestas* (operaciones del raciocinio). . .
  - Causalidad.
  - Inducción.
  - Deducción.
  - Cálculo.
- *Asociaciones constructivas* (operaciones de imaginación). .
  - Generalización.
  - Abstracción.
  - Concepciones simbólicas.

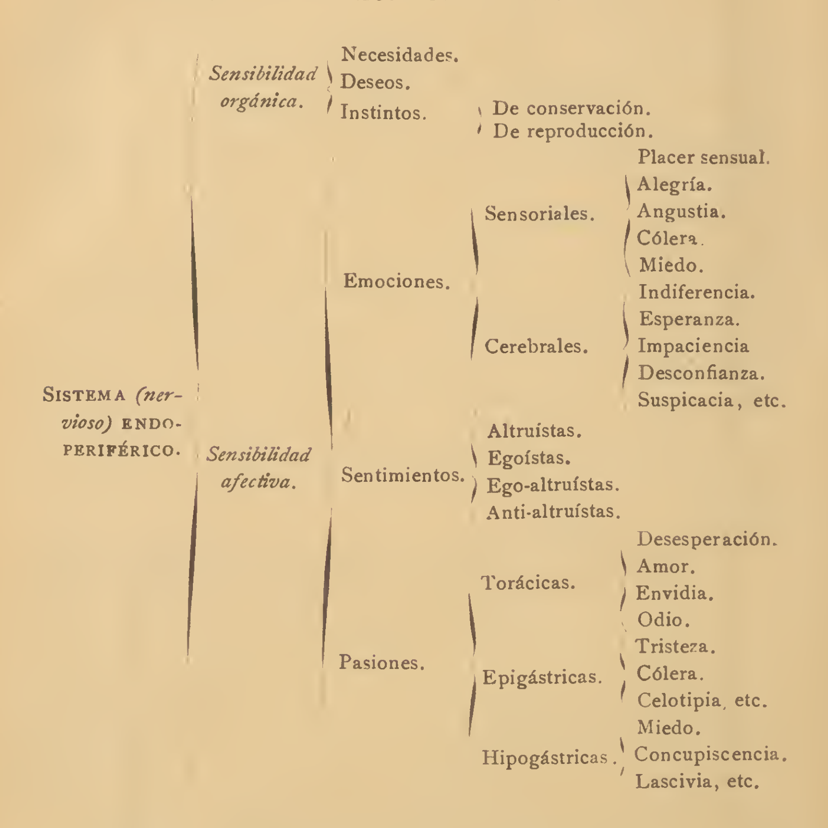
* A. GALCERÁN, nota de las páginas 118, 119 y 120; *Estudio médico-legal sobre la locura*, por A. TARDIEU, traducida de la segunda edición francesa, por D. P. SEREÑANA, Barcelona 1883.

que nos ocupamos ya en los lugares correspondientes de este libro.

Para terminar, hay que investigar los trastornos somáticos de los alienados, los distintos y variados estigmas físicos de la degeneración, la actitud del enajenado, la expresión de su fisonomía y los rasgos de la cara, así como el modo cómo se efectúa la emisión de la palabra y si al hablar accionan y gesticulan de una manera desproporcionada; si están quietos ó agitados; si hacen alardes de fuerzas, etc.; además, debemos extender el examen á todos los órganos y sus funciones correspondientes por el orden en que estudiamos su sintomatología. Con pretexto de auscultar y percutir al enfermo, conviene ver las cosas raras y disparatadas que lleva en sus bolsillos. También es de cierta importancia, para completar el estudio del alienado, el hacerse cargo del estado de la habitación y de todo lo que rodea al paciente.

Nuestro querido é ilustrado amigo y maestro, el Dr. Galcerán, divide el examen del alienado en dos partes: en la primera deja expresarse al enfermo libremente sin interrumpirle, apreciando así principalmente la coordinación de ideas, su expresión, su relación con estados afectivos, y sobre todo de qué orden son las que más dominan. En la segunda parte es el facultativo el que dirige el interrogatorio, y para proceder con método y al objeto de que nada se escape, lo hace siguiendo la siguiente pauta, tal como se indica en el cuadro adjunto y en el que va en la página inmediata.

TRASTORNOS AFECTIVOS Y PASIONALES *



Hemos copiado los dos cuadros que anteceden porque llevan hasta la minuciosidad el análisis de los trastornos psicológicos de la alienación mental; pero aunque, reconocemos su mérito y su valor como guía para el interrogatorio, no estamos conformes con el criterio filosófico que los inspira.

Simulación de la locura.—Muchas veces en lugar de hacer

* A. GALCERÁN, nota de las páginas 122 y 123; *Estudio médico legal sobre la Locura*, por A. TARDIEU; traducido de la segunda edición francesa, por D. P. SEREÑANA; Barcelona, 1883.

el diagnóstico de una alienación mental nos encontramos con casos en los que, por circunstancias diversas, es de temer que tal trastorno sea simulado y no real. Difícil es imitar la locura á la perfección y que un frenópata experimentado no reconozca la superchería; el hecho, sin embargo, ha sido posible. El motivo que impulsa á tal manera de obrar suele ser por lo común el eludir la responsabilidad de un hecho criminal ó el cumplimiento de algún deber, como el servicio militar, etc. Por este motivo ahora sólo haremos mención de la existencia de tal locura simulada para ocuparnos de ella al tratar de la Medicina legal frenopática.

CAPÍTULO III

Tratamiento de la alienación mental

En todas las ramas de la Medicina es la terapéutica cuestión importante, por cuanto es el objetivo final á que tiende siempre nuestra ciencia, pero en Frenopatía lo es aún más por múltiples razones y en especial porque, si bien la locura es esencialmente curable, «lo es sobre todo durante el período inicial ó prodrómico, y por desgracia, es raro que el enfermo se ponga en contacto, en este momento crítico, con un alienista de profesión,» y cuando se preocupan de su estado él ó su familia, el médico habitual es á quien se consulta en primer término.

El tratamiento de la locura puede ser preventivo ó profiláctico y curativo.

Tratamiento profiláctico.— El tratamiento preventivo de las psicosis debe aplicarse de un modo especial en los predispuestos, y particularmente si en ellos se encuentra algún dato de herencia vesánica. En principio debemos dejar sentado que existen numerosas indicaciones particulares que deben atenderse, como la de haber habido convulsiones en la infancia, meningitis, etc., y cuyos medios de cumplirlas entran dentro de la terapéutica general. Ya en el terreno propio de la profilaxis frenopática, hay que tener en cuenta las diversas cuestiones que ésta abraza, no médicas sino más bien sociales, que requieren gran tacto y prudencia.

Una buena higiene física y moral es el fundamento de la prevención para el ataque de la locura. Un carácter extravagante y excéntrico en la niñez es indicio de una predisposición á la locura, manifestándose esas extravagancias, rarezas ó excentricidades de dos maneras distintas: ó bien hay timidez, desconfianza en sí mismo, escrúpulos exagerados y excesivos, ideas hipocondríacas y místicas precoces y otras; ó viceversa el carácter es impropiamente desenfadado, audaz, sin freno en su conducta, con anestesia moral y exageración en sus inclinaciones. La educación debe ser, en estos sujetos, objeto de los más atentos cuidados y de la mayor vigilancia, evitándose toda excitación psíquica intensa y viva, así como los gastos nerviosos repetidos y las impresiones prolongadas; esto es, hay que evitar todo lo que sea sobrecargar el funcionalismo cerebral y cuanto contribuya á gastos exagerados del mismo y á la sobreexcitación de la sensibilidad, así como cualquier desorden psíquico. En cambio, es conveniente una existencia metódica y tranquila, un género de vida correcto y sobrio y en manera alguna debe efectuarse un trabajo intelectual exagerado, fuera de proporción con su fondo de resistencia cerebral, procurando evitar, por ejemplo, que el individuo predispuesto esté sujeto á las frecuentes ansiedades morales de los exámenes; y en cuanto se refiere á la instrucción, importa atender de un modo especial á las aptitudes é inclinaciones. Conviene asimismo en gran manera impedir todo desarrollo precoz ó la aparición temprana de tendencias, instintos y pasiones. Debe, por el contrario, procurarse todo lo que contribuya al mayor desenvolvimiento orgánico y de las fuerzas físicas, como ejercicios corporales, estancia en el campo, etc., y apartar en cuanto sea factible al predispuesto del torbellino y lucha que producen el modo de ser de la sociedad actual.

En las épocas críticas de la vida, así en las que se refieren al establecimiento de la vida sexual, como á la elección de

carrera, matrimonio, etc., deben extremarse las precauciones; combatir en lo posible las inclinaciones y los hábitos al onanismo; evitar los casamientos, en especial cuando la herencia es evidente, ó aconsejar en los casos factibles la mejor manera de efectuarlo; vigilar el embarazo, puerperio, lactancia, etc., debiendo hacerse notar que en algunos casos, uniones bien efectuadas han podido romper la continuidad de la herencia vesánica; aconsejar sobre la elección de una carrera, vocación artística, etc.

En resumen, debe alejarse todo lo que pueda, sobreexcitando de un modo morboso el funcionalismo cerebral, colocar al individuo en inminencia de contraer una vesania, y como derivación, procurar todo aquello que aumentando las fuerzas orgánicas dé fondo de resistencia al sujeto predispuesto. Nada más diremos sobre el particular, teniendo en cuenta lo difícil que es fijar para todo ello reglas generales, pues siempre debe atenderse ante todo á las indicaciones de cada caso particular.

Tratamiento curativo. — La continuación del alienado en el mismo medio en que ha estallado su locura, persistiendo sin duda las mismas causas, que si no la han producido *per se* exclusivamente, cuando menos proporcionaron elementos para su aparición; en una palabra, el permanecer el enfermo con su familia, que primero no le comprende y después le molesta con discusiones más ó menos agrias, y á veces hasta los mismos afectuosos cuidados que se le prodigan no siempre de un modo oportuno, todo esto contribuye á excitar más y más al enfermo y á exagerar la aversión y el desvío, que tan frecuentemente experimentan los locos por sus parientes, agravando, en suma, la dolencia. De aquí la unanimidad absoluta de opinión que hay entre los frenópatas respecto á la necesidad y conveniencia del aislamiento en los alienados y por tanto de su reclusión.

Aislamiento, reclusión.—No hay que confundir estos dos términos: el aislamiento tiene un fin curativo y puede existir (aunque muy difícilmente) sin la reclusión, la que á veces sólo

llena un objeto, que es la seguridad. Las familias repugnan y resisten cuanto pueden llevar á cabo tan primordial indicación; la idea de secuestro, el apartarse de un ser querido, el temor que se les crea con poco cariño hacia él y otras razones distintas, les sugieren infinidad de objeciones contra el aislamiento y subsiguiente reclusión y les hace inventar mil pretextos para retardarlo; hay, pues, que procurar evitar el empleo de frases que contribuyan á sostener tales ideas y repugnancias y, como aconseja con razón SOLLIER, usar las de «traslado á una casa especial,» «cambio de medio» y otras análogas en lugar de las de «reclusión,» «manicomio,» etc., así como hacerles penetrar de lo perjudicial y peligroso que es el retardar el planteamiento de un plan curativo, que sólo puede llevarse á cabo empezando por un buen aislamiento.

Veamos cuál es la acción de éste en un establecimiento *ad hoc,* ó sea en un Manicomio, y luego nos ocuparemos de los otros diversos lugares donde se puede realizar también. El aislamiento consiste en separar al alienado de todo lo que le es habitual, donde ha vivido y donde su mal nació y se desarrolló; en sustraerlo á la influencia nociva que la familia ejerce sobre él y recíprocamente, evitando además el peligro de ciertos actos.

Colocado en un establecimiento cesa la especie de tiranía que ejercía sobre los suyos, desaparece en algo la superioridad que á menudo se atribuye; sufre la influencia del régimen y disciplina que ve á su alrededor, igual para todos. Si en los primeros instantes protesta, pronto entra la calma, á que contribuye la regularidad con que todo se ejecuta á su lado; terminan para él las contradicciones y las importunidades con que el celo de su familia le atormentaba; su vida ya no está regulada por sus caprichos ó por sus concepciones delirantes, que, sin embargo, queda en libertad de emitir á su voluntad, y así, cesando de encontrar alimento para su enfermedad, consigue poco á poco el sosiego de su espíritu.

Sólo viéndolo se puede hacer cargo del efecto, de la acción sedante, ó mejor calmante que ejerce el aislamiento en un Manicomio, donde á las circunstancias antedichas se añaden las de una higiene bien entendida, así física como moral. Enfermos que ingresaron presa de una agitación extrema ó dominados por la más profunda tristeza, con gran rapidez encuentran el uno el sosiego, el otro la tranquilidad y calma de su espíritu, que tiende á recobrar su harmonía, sin que sea para ello óbice la presencia de los otros alienados, pues «contentos con su curación próxima, seguros de reunirse con su familia en breve plazo, la vida de sus compañeros de infortunio no les inspira más que compasión,» aparte de que, al iniciarse la convalecencia, debe trasladárseles de departamento y reunirlos á los que se hallan en igual caso; permitirles alguna salida acompañados de un empleado, es decir, poco á poco acostumbrarles de nuevo á la vida social, evitando, con todo, las salidas prematuras, que les son altamente perjudiciales.

Un asunto de la más alta importancia es el de las visitas, sobre todo de las familias, que deben proscribirse en absoluto en los primeros tiempos, haciendo comprender á aquéllas que con las mismas se destruyen los buenos efectos del aislamiento, pues á un cerebro fatigado que empieza á calmarse, se le expone de nuevo á emociones inoportunas, y tanto es así, que en los paralíticos generales no es raro, después de una visita, un ataque congestivo, que á veces puede hasta poner en gran peligro la vida del enfermo, ó bien un acceso maníaco. Cuando la razón va recobrando su imperio y la mejoría es ya indudable, entonces es cuando puede permitirse que vean al enfermo sus parientes, pero siempre de un modo prudente; el médico debe, pues, en estos casos hacer valer su autoridad, fundándose en las razones antedichas y en la responsabilidad que tiene contraída.

Si en las formas agudas el aislamiento y la reducción son un medio curativo potente, en las crónicas se hace á veces indis-

pensable como medida de precaución y de prudencia y hasta de higiene. En la demencia no es necesaria; estos enfermos pueden permanecer en el seno de la familia, y sin embargo, el hecho es que la resistencia que oponían antes los allegados á internar al paciente ahora es sustituída por el deseo ardiente de efectuarlo, cuando es inútil y hasta nocivo. ¿Será porque, como dice BALL, « la provisión de buenos sentimientos que tenían al principio se han agotado prontamente? Al interés ha sucedido la indiferencia y en seguida la aversión y el disgusto.»

La reclusión es urgente en los estados de agitación, excitación maníaca sintomática y en todas las manías; en los delirios con impulsos agresivos ó destructores como los de los epilépticos; en los delirios tóxicos agudos y subagudos; en los delirios de persecución, místicos y de grandezas; en los perseguidos-perseguidores y en las ideas delirantes suicidas.

FALRET, atendiendo al estado mental, considera *inútil,* si no nocivo, aislar á los enfermos en los casos siguientes:

Alteración ligera de los sentimientos afectivos;

Delirio pacífico sobre objetos cuya relación es lejana con las personas ó sitios que rodean al enfermo.

En cambio consideramos *urgente* la reclusión:

Cuando los sentimientos están pervertidos, en especial los más legítimos;

Cuando el alienado es caprichoso, peligroso para sí ó los demás y está agitado;

Cuando el delirio se desarrolla por el medio ó circunstancias que le rodean;

Cuando la familia carece de condiciones de aptitud y carácter, y cuando hay disparidad de opiniones entre sus miembros, respecto al enfermo y cuidados que requiere.

Estudiado el aislamiento en un manicomio, vamos á ver las distintas maneras con que se ha procurado sustituir á aquél

para dar satisfacción á la repugnancia invencible que inspira á algunas familias.

Casa en el campo.—Es de todos los medios de aislamiento, después de un asilo especial, el menos defectuoso y el que con facilidad aceptan las familias; pero, aparte de las muchas dificultades que hay para que su funcionalismo y marcha sean perfectos, es sumamente dispendioso y sólo factible tratándose de personas pudientes. Un médico inteligente debe dirigir su instalación hasta en los más ínfimos detalles; tres condiciones principales hay que tener presentes: en todo caso la separación entre el enfermo y sus deudos ha de ser completa y seguida; la dirección del tratamiento, así en lo moral como en lo material, debe tenerla exclusivamente el médico; y, por último, rodear al alienado de personal idóneo y apto, asegurándole una vigilancia estrecha y continua y cuidados inteligentes. Sin embargo, todo ello es muy difícil de lograr, faltando el hábito de disciplina y de orden de los asilos, y requiriendo los sirvientes se tenga con ellos previsión suma para evitar abusos ó descuidos.

Casa de salud. — En el extranjero, en París especialmente, existen casas mixtas de salud dedicadas á la asistencia de las enfermedades nerviosas con un departamento especial é independiente para los alienados ó semialienados; las condiciones son muy semejantes á las de un manicomio, con algunas no tan favorables como en éste y otras más convenientes aún y propias de dichas casas. Según la organización de cada una, así sus ventajas serán ó no iguales á las de un asilo.

Establecimiento hidroterápico. — Tratándose de un enfermo pacífico y nada peligroso, ó mejor aún de un semialienado, de un histérico, de un neurasténico ó de un estado análogo, sobre todo depresivo, podrá ser útil el ingreso en un establecimiento de esta clase, mejor sobre todo que la continuación en el seno de la familia; pero considerando la falta de regla y de disciplina convenientes, así como de la vigilancia oportuna, la libertad de

que disfruta el enfermo y las visitas de la familia, que pueden ser frecuentes, excusado es manifestar que en los verdaderos alienados, en los agitados, impulsivos, etc., será altamente perjudicial y peligrosa la permanencia en dichos establecimientos.

Colonias agrícolas, sistema familiar.—La asistencia, según este sistema, se practica bajo dos formas: colonia aneja á un asilo; colonia libre y una modalidad ó variante de ésta, la casa privada ó sistema escocés.

Sistema alemán ó *colonias dependientes de un asilo,* en las que los enfermos viven al aire libre dedicándose á los trabajos del campo. En Alemania es donde está más extendido, existiendo las colonias de Atscherbitz, en la Sajonia prusiana; Slup, cerca del asilo de Praga; Ellen, en el de Bremen é Ilten en Hamburgo; en Francia hay la de Clermont-sur-Oise, donde los alienados viven en común en una granja-asilo; en las otras viven aislados con las familias del país, que los alojan y alimentan mediante un precio dado. La proximidad del asilo permite su vigilancia y reingreso en caso necesario; sólo se puede aplicar este sistema á convalecientes ó á alienados crónicos tranquilos.

En el *sistema belga,* las colonias no dependen de ningún asilo, son autónomas. La más antigua de ellas, la que ha servido de modelo ó de tipo á las que posteriormente se han creado, ha sido la antiquísima de Gheel, llamada Meca de los alienistas; en ella los enfermos unos son pensionistas que viven hospedados pagando su pensión, y otros son pobres, alojados en casas particulares que los alimentan; en los Ardennes belgas, en Lierneux, hay otra colonia de creación reciente (1884) y ya próspera; el Consejo general del Sena ha acordado fundar una en Dun-sur-Auron, en el Cher. Sus aplicaciones son análogas á las anteriores; sus resultados parecen bastante controvertibles, en vista de la manera contradictoria con que se expresan los que han visitado á Gheel, muchos de un modo poco entusiasta.

La *casa privada* ó *aislamiento familiar individual*, ó sea el llamado *sistema escocés*, en el que los enfermos viven con familias extrañas en el campo, aisladamente, sin formar ninguna colectividad, practícase en grande escala en Escocia, donde hace algunos años eran asistidos de este modo el 22'8 por 100 de los alienados. Como se comprende, sólo puede aplicarse este sistema á los alienados tranquilos y requiere en las familias que los han de asistir numerosas cualidades, que será raro encontrar reunidas en su mayoría, ya que no en su totalidad.

Estos tres sistemas, de los que se ha intentado alguna vez hacer aplicación en España, no tenemos noticia se practiquen hoy en nuestro país ni en poco ni en mucho; sin embargo, hemos creído oportuno siquiera hacer mención de ellos.

Viajes.—Son en cierto modo un aislamiento del paciente, cuando menos del medio en que estalló la enfermedad; muy encomiados por ESQUIROL y su escuela, debemos hacer notar con LUYS, que la manera de viajar actual, sobre todo en ferrocarril, no es la más conveniente, por la excitación que produce el movimiento trepidatorio sobre los centros nerviosos, particularmente en los paralíticos. En otras condiciones la impresión que producen los viajes, entre otros resultados facilitan el sueño, estimulan el apetito, etc., y pueden ser favorables á los convalecientes y en los casos de delirio melancólico é hipocondríaco, especialmente en su principio, pero en manera alguna á los que sufren alucinaciones, que si desaparecen al principio, vuelven bien pronto; á los perseguidos, á los maníacos y á los que tienen impulsos suicidas, siendo en alguno de estos enfermos motivo de agravación en su estado; en los alienados crónicos son inútiles.

El empleo de los viajes es un recurso dispendioso, no debiendo ir nunca el paciente solo, sino acompañado por persona muy allegada y dirigido por un médico experimentado; debe hacerse, como más conveniente, á un punto lejano de la habitual

residencia y prolongarlo meses y hasta años, en particular si su resultado es favorable, para así asegurar la mejoría.

Tratamiento moral.—El conjunto de las influencias que sobre el psiquismo del alienado ejercen las nuevas condiciones en que se le coloca, y entre ellas la que tiene el médico también sobre su inteligencia y sensibilidad, constituyen el tratamiento moral, cuyo valor es grande y conviene no desconocer.

El médico en sus relaciones con el alienado debe escucharle con atención y agrado, sin contradecirle en sus ideas delirantes, pero también sin demostrarle asentimiento y aceptación de las mismas, mantener siempre la obediencia á sus disposiciones sosteniéndolas con firmeza, sin admitir discusión con el enfermo, lo que disminuiría su prestigio, el que debe procurar conservar á todo trance así como ganarse la confianza y afecto del alienado. Sobre todo si conserva el enfermo alguna lucidez de espíritu, debe insinuársele lo impropias que son sus ideas de una persona cuerda, expuesto esto en forma conveniente, sin insistir de modo que dé lugar á que se irrite y disguste y teniendo en cuenta, especialmente en el período de estado, la dificultad con que los locos aceptan ideas emanadas de otro; para procurar convencerles puede acudirse á estimular su amor propio, sus afectos, deseo de libertad ó cualquier otro medio que haya probabilidades de que les impresione. Algunos resisten en alto grado y difícilmente se logra en ellos resultado apreciable, pero el tacto particular y la experiencia del médico podrán servir de guía en cada caso especial. Aun en aquellos sujetos que parecen inaccesibles á toda impresión exterior á ellos, como en los casos de estupor, es conveniente el empleo del tratamiento moral, pues no siempre son insensibles á él.

La dificultad que hay para convencer á los alienados por medio de la persuasión y de la discusión del error en que están y que, por el contrario, se les arraiga aún más obrando de esta manera, sugirió á LEURET el empleo de la *intimidación* como

recurso de tratamiento moral. El enfermo era reprendido, amenazado por sus concepciones delirantes y castigado por medio de la ducha; por lo común, se le obligaba á confesar lo erróneo de sus ideas y convicciones; podría disimular manifestando en alta voz sus perturbaciones mentales, pero el alienado persistía en sus creencias y delirios y el rencor que tales procedimientos despertaban en él era profundo y tenaz; tal método se ha abandonado por completo.

Tratamiento en el domicilio del enfermo.— Después de cuanto llevamos expuesto, poco podría añadirse para demostrar lo lleno de inconvenientes de tal proceder, que falsea por su base y fundamento la terapéutica de la alienación mental ó sea el aislamiento; además hay imposibilidad de imponer un régimen y método al enfermo que á menudo, en los agitados sobre todo, se rebela contra la familia. Por otra parte, debe tenerse en cuenta la falta de condiciones en ésta para la asistencia especial que requieren los locos, y que si se presenta la sitofobia y hay que usar la alimentación forzada, ó se han de aplicar algunos procedimientos hidroterápicos ó electroterápicos, que son punto menos que imposibles en las casas particulares, etc., las dificultades crecen. Luego las discusiones y contradicciones que, con mejor intención que criterio, suscitan los parientes para convencer al alienado, excitándole aún más; los peligros que para sí, ó para los que le rodean hay, si se presentan accesos de furor, impulsos suicidas y homicidas, etc., etc.; ello basta y sobra para hacer ver que todo en este método son inconvenientes, aparte de exigir cuantiosos é imprevistos gastos.

Trabajo, ejercicios, distracciones.—El trabajo es muy conveniente, sobre todo en ciertos períodos de la enajenación mental; el trabajo agrícola, de un modo primordial, pues se practica al aire libre, es el más útil, viniendo en segundo término los talleres para ciertas labores manuales, etc. En los convalecientes contribuye á hacerles olvidar las ideas que aún persistan, y les

anima y aumenta las fuerzas físicas; en los crónicos, distrayéndoles, les quita pasto para que se alimente y crezca su delirio, á la par que favorece su equilibrio y bienestar somáticos. Todo ello es posible en los sujetos ya habituados á profesiones manuales y en las mujeres dedicándolas á labores de su sexo; pero en las personas acomodadas y de carreras literarias será muy difícil se dediquen á trabajos manuales, y en cuanto á los de inteligencia é imaginación hay que proceder con tino para no contribuir con ello á agravar su desorden psíquico; sin embargo, puede permitírseles la lectura escogida cuidadosamente.

Ciertos ejercicios gimnásticos, el juego de billar, quizás la velocipedia, como en Inglaterra se ha recomendado entre otros por EWART, etc., pueden ser útiles como medios coadyuvantes de tratamiento y de distracción en determinados alienados, en especial en los que no efectúan ningún trabajo y en los deprimidos y neurasténicos.

Ciertos juegos, la música y algunas distracciones son muy convenientes en determinados alienados; las representaciones teatrales, que en algún establecimiento se han dado, las creemos, junto con varios frenópatas, en general, más bien perjudiciales; de todas maneras, así los ejercicios como las distracciones, es el médico quien, atendiendo á las circunstancias de cada caso particular, debe permitirlos ó aconsejarlos.

Medios psíquicos de tratamiento.—La sugestión y el tratamiento moral de la alienación pertenecen á este orden, siendo este último, por lo que se refiere á la influencia que el médico ejerce sobre el enfermo, como un acto de sugestión. Esta puede ser de dos maneras: en estado de vigilia y durante el estado hipnótico.

Sugestión hipnótica.—Estudiado en estos últimos tiempos el hipnotismo clínica y experimentalmente, no ha dejado de hacerse aplicación de él á la curación de las psicosis. Por nuestra parte, hemos de manifestar que, en las varias experiencias que hicimos, no obtuvimos el más pequeño resultado favorable

que nos animara á persistir en el empleo del hipnotismo, á pesar de la opinión de LUYS y de VOISIN. No es de extrañar tal hecho, en consideración á la dificultad que hay en hipnotizar los alienados, como ya hizo notar el mismo BERNHEIM y por tanto de producir la sugestión. Muchos son los autores que se han ocupado de este asunto, SEPPILI en su trabajo establece, entre varias otras, las siguientes conclusiones: la sugestión hipnótica terapéutica puede dar algún resultado en las psicosis histéricas y la dipsomanía; si el alienado se somete á ella gustoso, en ocasiones se logra alguna acción favorable, pero procediendo con tino y cautela para evitar efectos nocivos, que se han observado algunas veces; la sugestión en estado de vigilia es la más útil, debiéndose á ella gran parte de los beneficios del manicomio y de un modo particular en la melancolía sin delirio, estupor ligero y otras; en la periencefalitis y locuras crónicas no se ha logrado ventaja alguna.

Hidroterapia.—Muy en boga estuvo dicho método, no há muchos años, en términos que casi eran inseparables las ideas de locura de la de duchas y baños; una reacción muy justa ha sobrevenido, pues, como dice muy bien el doctor ESQUERDO, de Madrid: «la locura no es soluble en el agua,» y así modernamente se ha sustituído el uso empírico de dicho agente por su empleo científico y razonado. Todos los procedimientos usados en hidroterapia se aplican en Frenopatía, pero de un modo particular los baños y las duchas.

El agua puede ser caliente ó fría. Entre los procedimientos en que se hace uso del calor se encuentran: las envolturas seca y húmeda; las diversas estufas y fumigaciones; los baños ruso y turco; el baño tibio, la piscina; las duchas de vapor, caliente, escocesa y su variante la alternativa. El agua fría se aplica mediante la envoltura general ó parcial; los distintos baños y las duchas general y parciales. Estos procedimientos sólo son aplicables en un establecimiento especial; algunos casi no se

usan en la actualidad y los más si acaso de un modo limitado; el médico particular puede en algunos enfermos hacer tomar un baño templado ó una ducha ligera, que son, por otra parte, las casi exclusivas prácticas hidroterápicas del día en la alienación mental.

Baño tibio prolongado.—Es uno de los más potentes recursos terapéuticos en la locura; la temperatura del agua debe ser casi constantemente de 35°, y de dos, cuatro á seis horas de duración como mínimum; el enfermo tiene completamente sumergido el cuerpo en el agua, con la cabeza fuera, empleándose para ello una bañera con una especie de tapadera ó compuerta con una escotadura en un extremo para que por allí pase la extremidad cefálica y de esta manera no hay cuidado de que el agua salte fuera con los movimientos del enajenado, que así no requiere tantas personas para sujetarle, lo que le irrita. Todo el tiempo que dure el baño, debe refrigerarse la cabeza, siendo lo mejor por un pequeño chorro continuo de agua fría y además alimentar al enfermo durante su permanencia en el agua, aunque sea con una comida completa. Es este agente hidroterápico el medio más activo y seguro de calmar la agitación en los alienados, que después de un buen rato de inmersión se mueven menos y disminuyen en sus vociferaciones, pronunciándose cada vez más el efecto sedante. LUYS «durante el verano ha podido muchos días seguidos administrar, en los casos de manía aguda, baños de diez á doce horas consecutivas.» Están indicados en todos los casos de manía con agitación pronunciada.

Aparte de éstos y los baños de limpieza ó higiénicos, suelen también administrarse baños sinapizados con 300 ó 400 gramos de harina de mostaza, prolongados de veinte á treinta minutos, por excepción hasta dos horas; en casos en que no se logre un efecto bien marcado, no debemos desanimarnos sino repetir la inmersión en los días sucesivos. En los enfermos con

depresión y refrigeración general, en los melancólicos, y en el estupor, esto es, siempre que exista pronunciada anestesia cutánea, deben usarse estos baños y de ellos hemos visto excelentes resultados.

Las *duchas* son de una aplicación mucho más restringida que los baños, mientras en otro tiempo eran empleadas en casi todos los enfermos. LUYS las limita á la ducha en lluvia fina de mediana intensidad y á la en chorro; la primera aplicada en la cabeza para excitar ligeramente á los deprimidos sin estupor; la última, para los casos en que hay debilidad y languidez en las funciones medulares, dirigida durante uno ó dos minutos á la región lumbar del raquis y luego al hipogastrio. Además puede haber indicaciones especiales, en las que sea útil el empleo de la ducha escocesa: chorro caliente seguido de un modo brusco del chorro frío, particularmente en ciertas melancolías.

En los estados neurasténicos son de excelente resultado los procedimientos tónicos de la hidroterapia. En la parálisis general hay que ser sumamente cauto en el empleo de estas prácticas, en manera alguna usar temperaturas extremas, sobre todo en las formas congestivas, y limitarse casi de un modo exclusivo á los baños.

En ciertos casos de excitación ó de congestión cefálica es muy útil la refrigeración continua en la cabeza.

Electroterapia.—Efecto de numerosas causas, hasta ahora la aplicación de la electricidad al tratamiento de las alienaciones mentales se había extendido muy poco; mejor conocida la acción de tan poderoso agente, susceptible además en la actualidad de una dosificación precisa, empieza á dársele alguna importancia. Las tres modalidades de la electroterapia se emplean también en Frenopatía: corriente continua ó galvánica, corriente inducida, interrumpida ó farádica y la electricidad estática ó franklinización.

Corriente continua, galvanización.—Los elementos de las

pilas se agrupan en tensión y la corriente debe tener una fuerza de 15 á 20 miliamperes; es importante en ciertos casos considerar la densidad de la corriente á nivel del electrodo (esto es, el cociente de la intensidad de la corriente por la superficie del mismo electrodo), pues de ello depende el que sea éste indiferente ó inactivo; cuando la densidad es débil por ser grande la superficie del mismo y por tanto la acción poco intensa, y por el contrario, el electrodo es activo y su acción más enérgica cuando su superficie es pequeña y su densidad de corriente muy grande; algunas veces todo un baño puede constituir el electrodo indiferente y entonces el baño será galvánico (si la corriente fuese inducida se tratará del baño farádico). Hay también que tener en cuenta la resistencia que ofrece el cuerpo humano, especialmente la piel, al paso de la corriente; la unidad de resistencia es el *ohm* y se aumentan ó disminuyen por medio de los reostatos. Nada más hemos de decir sobre la forma de aplicar estas corrientes, pues lo restante se encontrará en las obras de Electroterapia.

La galvanización cerebral tiene una acción sedante del sistema nervioso; empléase en los casos de excitación; según HUGHES y ALTHAUS es útil en la neurastenia, en la epilepsia y al principio de la parálisis general (SCHÜLE, HITZIG y otros), en la manía (WIGLESWORT, SCHÜLE, etc.). Debe empezarse por el O y aumentar lentamente y de un modo débil, durando la sesión de cinco á diez minutos. No ha de percibir el enfermo fenómenos oculares, chispas, párpados, etc., funcionando bien el aparato. La galvanización medular casi no se usa en medicina mental, aparte de ciertos estados de mieloastenia y en alguna locura con excitación. La galvanización del simpático, ó mejor del ganglio cervical superior, la haremos con una corriente débil, colocando el polo activo en la fosa aurículo-maxilar y el indiferente en el pecho, occipucio ó columna vertebral en su región cervical; poco conocida aún su manera de obrar, se ha empleado en

casos de melancolía, hipocondría, enfermedad de Basedow, periencefalitis, etc.

Corriente de inducción, faradización. — Aplícase por medio de los aparatos especiales, cuya descripción no es de este lugar. Casi no se usa por sus resultados dudosos la faradización cerebral ó medular; la periférica, BENEDICKT y ARNDT, la han preconizado en ciertas locuras depresivas y en el estupor.

Electricidad estática, franklinización.—Caída en desuso en la terapéutica la electricidad estática, los trabajos, entre otros, de CHARCOT y de la escuela de la Salpétrière la han vuelto á poner en boga; muchas son las máquinas conocidas para la producción de la misma, siendo una de las más usadas en nuestro país la de WIMSHURT ó alguna de sus modificaciones. Aplícase la electricidad estática en forma de baño, soplo, de haz ó penacho, frote y chispa; el baño estático tiene una acción calmante manifiesta. La melancolía, la hipocondría son los afectos mentales, en que podría ser más útil, así como en la histeria y neurastenia.

La *masoterapia* ha sido poco usada en medicina mental; sola ó asociada á prácticas hidro- ó electroterápicas, probablemente serían ventajosos algunos de sus procedimientos en ciertas psicosis, principalmente en las depresivas, según KOVALEWSKY.

Régimen y condiciones higiénicas. — El régimen alimenticio de los enajenados debe ser esencialmente tónico y analéptico para restaurar sus fuerzas y reconstituirles, á la par que se satisfaga su apetito, en muchos casos quizás excesivamente desarrollado. La carne, la leche, los huevos, esto es, toda clase de alimentos azoados y fosfatados de digestión fácil y de gran valor nutritivo; á los paralíticos, á los dementes, que comen glotonamente y casi sin masticar, hay que darles las substancias en pedazos menudos y blandos. Todos los excitantes y condimentos fuertes deben proscribirse, y respecto al vino y bebidas alcohólicas hay que ser parco en su uso, salvo especiales indicaciones,

en atención á lo sensibles que son los alienados á los efectos del alcohol. Las horas de las comidas deben regularizarse en extremo.

Acerca del traje nada de particular hay que indicar, sólo sí que sea holgado sin comprimir en ninguna parte del cuerpo, en especial aquellos puntos en que podrían producirse congestiones, y además que sea apropiado á las estaciones del año ó temperatura del ambiente.

La habitación, aparte de lo que se refiere á las condiciones estáticas y dinámicas de un manicomio, que no son de nuestra incumbencia, para los casos particulares sólo debe exigirse capacidad, ventilación y que permita la seguridad y vigilancia; en cuanto sea posible es ventajoso se hallen situadas á plan terreno.

Fuera de los sucios ó sea de los que por incontinencia ó por su estado mental evacúan encima de sí sus excrementos y orina, ninguna condición especial requiere la cama de los locos; en aquel caso debe estar dispuesta de manera que pueda limpiarse prontamente y á ser posible que líquidos y sólidos, tan pronto se expelan vayan á parar á un recipiente, permaneciendo lo menos posible en contacto con el cuerpo del enfermo; cuanto más seca y limpia esté la cama, tanto menos son de temer las escaras y úlceras que tan perjudiciales son en estos casos. Varios son los modelos de camas que se han propuesto para esta clase de pacientes ó *cliniqueses,* como las llaman algunos, pero son más propios para los asilos; para los particulares la inventiva del médico y allegados al loco hallará el modo práctico de cumplir las indicaciones expuestas.

De lo que se refiere al régimen de los alienados, tiene mayor importancia lo que atañe á la alimentación forzada en los sitófobos y á los medios de sujeción en los enfermos peligrosos.

Alimentación forzada.—Síntoma de grandísima importancia es la sitofobia, ya estudiada, que generalmente no alcanza

en seguida su máximum de intensidad, pero que en este caso, cuando dura unos cuatro ó cinco días, es de un significado funesto por la rapidez con que se depaupera el organismo por la autofagia y los trastornos mentales y somáticos concomitantes. En todo caso de sitofobia, á no haber contraindicación evidente, aconsejamos el lavado del estómago, ya que las concepciones delirantes que determina tal trastorno pueden deber su origen á desórdenes en la secreción gástrica ó á fenómenos de autointoxicación, que, corregidos por dicho medio, dan lugar á que por sí sola desaparezca la sitofobia, como de ello hemos visto repetidos ejemplos. Conocido es el mecanismo del lavado gástrico, por lo que no hemos de repetirlo; sólo sí hemos de hacer presente que en los casos de hiperclorhidria el líquido empleado ha de ser alcalino y en los de anaclorhidria y descomposición por fermentación ácido, y que en ambas circunstancias conviene practicar un lavado antiséptico con resorcina, ácidos bórico, salicílico, etc.

Pero hay muchos casos en que persiste la sitofobia, principalmente en los melancólicos, por continuar las concepciones delirantes y las alucinaciones é ilusiones sobre todo gustativas y olfatorias que la ocasionan, y entonces no hay más remedio que acudir á la alimentación forzada para evitar los funestos resultados que la abstinencia produce en los locos cuando persiste unos días; á veces tal síntoma aparece periódicamente y cesa al poco tiempo, en cuyo caso no es tan temible y hay que esperar hasta su desaparición, si se prolonga poco. Agotados todos los recursos, así morales como terapéuticos, para hacer comer á los enfermos, se acude al cateterismo por medio de la sonda esofágica para ingerirles los alimentos necesarios. Conocida es la sonda, de goma bastante blanda y flexible; el enfermo debe estar echado en cama con la cabeza levantada por medio de las almohadas, ó mejor sentado en una silla sólida y sujeto, la cabeza sostenida por un ayudante; se toma la sonda, untada previamente con un

cuerpo graso, entre el pulgar y el índice de la mano derecha; abierta de un modo conveniente la boca y separadas las arcadas dentarias por una cuña de madera, se introducen los citados dedos por un movimiento rápido hasta la base de la lengua, y basculando la sonda, empujada por la otra mano, se la hace penetrar en la cavidad faringo-esofágica, inclinándola ligeramente á un lado y otro para evitar la abertura de la glotis, y de esta manera se desliza hasta el estómago.

Pero hay casos en los que casi es imposible hacer abrir la boca á los enfermos, y entonces se hace el cateterismo por las fosas nasales; colocado el paciente de la misma manera y la sonda igualmente sujeta por los dedos medio é índice de la mano derecha, se la introduce por un orificio nasal dirigiéndola horizontalmente por el suelo de las fosas hasta tropezar con la pared posterior de la faringe; entonces es cuando los enfermos suelen oponer resistencia, gritan y se mueven, y con los movimientos de la lengua pueden hacer que la sonda pase á la boca ó á la laringe; con ligeras maniobras de rotación se logra que bascule la sonda y se la hace descender con suavidad, y subiendo y bajando ligeramente, se consigue que enfile por el esófago ó aprovechando un movimiento de deglución se la empuja, para que sea arrastrada; algunos aconsejan, si no se produce dicho acto de deglución, inyectar por la fosa nasal libre un líquido algo irritante para que se realice; de todas maneras, hay que obrar con paciencia para evitar una falsa ruta ó el paso á la laringe. Una vez asegurados de que se encuentra la sonda en el estómago, lo que se conoce por los desórdenes en la voz y los síntomas que presenta el enfermo si aquélla está en la tráquea; pero como puede existir una anestesia profunda y no demostrar el paciente trastorno alguno, debemos tener presente que las paredes del esófago ofrecen una superficie lisa, mientras que en la tráquea tropieza con los anillos de ésta y se sostiene á nivel de su bifurcación; inyectando aire, el estó-

mago se dilata como un globo de caucho, y cesando la insuflación es expelido, así como al penetrar el catéter en la cavidad gástrica se escapan por el mismo burbujas de gas, que salen algo ruidosamente y con olor especial; una vez, pues, bien convencidos de la presencia de la sonda en el estómago, nosotros aconsejamos, si es la primera introducción, lavar el estómago con agua ligeramente desinfectante ó alcalinizada con bicarbonato sódico y repetir cada dos ó tres días esta operación si se continúa el cateterismo. Efectuado esto puede ya hacerse la introducción del líquido alimenticio; éste suele ser leche ó caldo, en el que se deslíen yemas de huevo, peptona, polvos de carne, algún puré, carne cruda picada, chocolate, etc., dando después un poco de vino común ó generoso, algunas cucharadas de ron ó de coñac, si hay depresión orgánica ó de fuerzas, y si se presenta alguna indicación especial, se aprovecha la ocasión para ingerir el aceite de hígado de bacalao ó algún tónico, como preparados de quina, hierro, etc.; la ingestión se hace colocando un embudo de vidrio en el extremo exterior de la sonda y vertiendo lentamente el líquido, para evitar náuseas ó vómitos, ó bien por medio de una jeringa adaptada á la misma extremidad. De cada vez es conveniente no ingerir más de un litro de líquido para evitar su expulsión; sin embargo, la cantidad y clase de los alimentos es cuestión de tanteo en cada caso particular. La alimentación forzada hay que repetirla dos veces al día lo menos y continuarla hasta que el enfermo se decide á comer por su voluntad, lo que en ocasiones sólo ocurre después de largo tiempo; así CULLERRE ha observado un caso en que hubo que usar la sonda hasta el octavo mes, y nosotros hemos tenido á nuestro cuidado una mujer de la provincia de Castellón de la Plana que por espacio de dos meses se tuvo que alimentarla con el catéter dos veces al día. En alguna ocasión nos ha bastado introducir por una fosa nasal una sonda uretral flexible, que llegaba hasta la faringe, y por medio de un pistero ó una jeringa inyectar el

líquido alimenticio, que por su contacto determinaba movimientos de deglución y así era ingerido hasta el estómago. Se han aconsejado otros medios para la alimentación forzada de los sitófobos, pero, menos prácticos que los citados, se han abandonado.

Medios de contención; camisola de fuerza; non-restraint.— Todas estas cuestiones no tienen, para el médico particular que accidentalmente ha de cuidar un alienado, la importancia que para el que ejerce en un asilo; pero, sin embargo, le es conveniente tener un criterio formado sobre ellas.

Hay enfermos que, ya por su estado de agitación, como ciertos maníacos, por sus impulsos destructores y agresivos, por su tendencia al suicidio ó á la masturbación desenfrenada y en algunos sitófobos para alimentarlos ó en los casos en que tienden á quitarse un apósito ó un vendaje que ha debido aplicárseles por un afecto cualquiera, exigen algún medio de contención con el objeto de evitar el daño ó mal que de otra manera ocasionarían. Lejos de las antiguas celdas y demás castigos, á que antes de PINEL se recurría, los únicos recursos que hoy se emplean por todo frenópata á la altura de su misión consisten en la mal llamada camisa de fuerza y algunas trabas almohadilladas que sujeten las manos por las muñecas ó las piernas por la garganta del pie. Úsanse poco hoy las celdas acolchadas, donde podían encerrarse libres de sujeción corporal los alienados, por estropearse pronto el revestimiento de la pared y por la casi imposibilidad material de evitar la dureza del suelo, contra el que se golpeaba el enfermo, al que, por otra parte, lo limitado del espacio en que se encontraba hacía que aún fuese mayor su agitación. Contra este sistema de *contrainte*, se opuso en Escocia el de asilos á puertas abiertas, y sobre todo en Inglaterra, GARDINER-HILL y CONOLLY, médico del Manicomio de Hanwell, preconizaron el *non-restraint*, propagado luego á otros países; en este sistema se sustituyen la camisa y otros medios de contención por medio de

vigilantes ó criados que sujetan al enfermo, lo que hace que éste luche á veces con cuatro ó más individuos, produciéndose golpes ó contusiones, sintiéndose herido en su dignidad de hombre, que siempre poco ó mucho conserva el alienado, desarrollando en él odio y rencor y haciendo nacer una especie de *delirio de persecución artificial* que aumenta su furor; ó bien por las celdas acolchadas, antes citadas, en las que á los inconvenientes mencionados ya hay que añadir la falta de luz y de aire, así como del ejercicio físico tan necesario al loco; ó bien, para los que tenían instintos destructores, por vestidos especiales que les imposibilitaban de realizar aquéllos. La ineficacia y obstáculos para llevar á cabo la sujeción manual y todos los demás inconvenientes expuestos, han desacreditado bastante el *non-restraint*, volviendo otra vez al uso de la camisola, etc., debidamente aplicada.

La mal llamada camisa de fuerza consiste en una especie de chaqueta larga, holgada con escote sumamente abierto, de tela fuerte; sus mangas terminan en fondo de saco y de éste parte una tira de la misma tela bastante larga; esta prenda se cierra por la espalda, generalmente por medio de cordones que pasan por ojetes al estilo de los corsés; por delante, á la altura del pecho y de la cintura, hay, uno encima de otro, dos anillos sólidamente cosidos, por donde pasan los brazos para cruzarse, y con las tiras de las mangas antes citadas rodear el cuerpo é inmovilizar los miembros superiores. La aplicación de esta prenda sólo debe hacerse por indicación del médico y bajo su vigilancia, teniendo buen cuidado de que no oprima por ninguna parte, pues sobre todo si se lleva poca ropa debajo, la rigidez de la tela que la forma puede dar lugar á alguna rozadura ó escoriación; acostado el enfermo y boca arriba, el peso de los brazos sobre las paredes del tórax dificulta los movimientos respiratorios, lo que también acontece á veces si se aprieta demasiado al colocarla. Aun con estos inconvenientes, que pueden obviarse en gran parte, resulta la camisa de fuerza el medio más práctico de contención que

permite al enfermo andar y pasearse, imposibilitándole, empero, de hacerse daño á él y de hacerlo á los demás, pero siempre, repetimos, debe únicamente aplicarse por indicación del facultativo y bajo su vigilancia para evitar abusos é inconvenientes.

Los enfermos con ideas suicidas requieren la más constante y continua vigilancia por la persistencia de los impulsos que les aquejan y que les lleva á aprovechar el más ligero y corto descuido para realizar tal acto; en su vestido no ha de haber ni cintas, ni nada que pueda servirles de ligadura, como corbata, tirantes y hasta ni pañuelo; hay que registrarles los bolsillos á menudo y no dejarles á mano tijeras, clavos, etc.; al levantarse de la mesa, procurar no se apoderen de cuchillos ó tenedores, y al acostarse ver si en su cama han escondido algo que pueda servirles para suicidarse, pues con frecuencia esconden objetos debajo de las almohadas ó entre los colchones para, durante la noche y cuando les parece menor la vigilancia, atentar contra su vida; de ahí que es este uno de los casos en que acostados debe ponerse á los enfermos la camisola y durante el día conviene que permanezcan en habitaciones de plan terreno, donde no haya ventanas y balcones por donde puedan arrojarse; no deben perderse de vista estos individuos, pues nunca se insistirá bastante en la necesidad que tienen de estar vigilados, dada la persistencia y tenacidad de sus impulsos y la prontitud con que los llevan á cabo al más insignificante descuido ó negligencia.

También se ha de tener cuidado sumo con los masturbadores, pues en algunos el desenfreno alcanza un grado extremo, que acaba con sus fuerzas físicas y les conduce pronto á la demencia si no á la muerte; hay, pues, que imposibilitarles y tener presentes los varios recursos á que acuden para satisfacer su erotismo morboso, sujetándoles convenientemente y en especial durante la noche.

Todo lo expuesto es lo que es más necesario conozca el médico particular que accidentalmente tiene á su cuidado un alie-

nado, para prever y evitar cualquier accidente: muchas otras consideraciones podrían hacerse, así como exponer distintos medios contentivos, pero todo ello sólo interesa al especialista que ejerce en un manicomio.

Tratamiento farmacológico. — Las condiciones especiales de los alienados hacen que la terapéutica farmacológica de los mismos sea poco activa y limitada al uso de un cierto número de medicamentos; por otra parte hay que tener en cuenta la dificultad que á veces se presenta para que los locos ingieran aquéllos, en razón al desconocimiento que tienen de la realidad de su estado y á lo lejos que están de creerse enfermos, por lo que en algunas ocasiones hay que acudir á subterfugios diversos y hasta en ciertos casos á la imposición. Además debe recordarse que el afecto mental repercute y deja sentir su influencia sobre todo el organismo, que por lo tanto reacciona á las impresiones de un modo distinto que en los enfermos de mente sana, y que perturbadas las funciones vasomotoras y las circulaciones locales, se realizan de un modo anormal los cambios tróficos y por ende las eliminaciones de los productos últimos de la disgregación funcional de los elementos histológicos de los órganos; todo esto da por resultado que muchas veces se pasa de la dosis terapéutica normal y nos creemos encontrar con un caso de tolerancia medicamentosa, no siendo siempre así, y entonces de repente estallan los efectos tóxicos, por lo que en estas circunstancias hay que ser cauto y antes que forzar la dosis investigar bien las condiciones del hecho.

Nos limitaremos á exponer como una especie de catálogo de los grupos de medicamentos empleados y de las substancias correspondientes á cada una de dichas divisiones.

Purgantes.—Son los medicamentos de más remoto tiempo empleados; tanto es así, que en la antigüedad el eléboro era la substancia de uso obligado en todos los casos de alienación mental. Recordando la frecuencia con que se observa el estre-

ñimiento en los alienados, y que en los paralíticos muy á menudo coincide con la aparición de los ataques pseudocongestivos y otros, como si hubiera alguna relación de causa á efecto entre ambos hechos; que algunas alucinaciones é ilusiones gustativas y olfatorias, así como la sitofobia, en muchos casos, son sostenidas, cuando no debidas á perturbaciones de las vías digestivas, no extrañará, pues, que la indicación de los purgantes sea frecuentísima en los alienados. Los medicamentos de esta clase más usados son el aceite de ricino, los purgantes salinos como el agua de Rubinat ó sus similares; ó bien los insípidos como la escamonea, la jalapa, los calomelanos, y en circunstancias especiales el aguardiente alemán, el áloes en forma pilular y hasta algún otro drástico.

Los enemas tienen también muchas aplicaciones y nosotros los prescribimos con frecuencia, para conseguir un efecto derivativo, principalmente el aceite de crotón, algunas gotas en una lavativa de aceite de ricino ó de almendras dulces.

El empleo de los vomitivos es mucho más limitado y aun en bastantes alienados no aparece el efecto emético y sí la acción purgante; el tártaro emético á dosis fraccionadas y repetidas, para conseguir una acción sedante en la manía y principio de la parálisis general, es el más usado.

Los modernos trabajos sobre las autointoxicaciones han puesto de manifiesto que éstas no son raras en los alienados, sobre todo en las psicosis depresivas como la melancolía; en estos casos está indicada la antisepsis gástrica ó intestinal con beneficiosos resultados sobre el estado mental algunas veces.

Sedantes.—Hipnóticos.—Este grupo de medicamentos también es al que con frecuencia hay que acudir en el tratamiento de la locura. Debe tenerse, sin embargo, sumo cuidado en la forma y manera de usarlos, no haciéndolo intempestivamente. El opio y sus derivados dan positivos resultados, distintos según la manera como se administra; el opio, el láudano y la morfina

á pequeña dosis ejercen un efecto tónico del sistema nervioso, calman el eretismo, la agitación y por ende el insomnio; á dosis progresivamente ascendente su acción contra la manía y la melancolía es beneficiosa; en esta última las inyecciones hipodérmicas de clorhidrato de morfina á dosis crecientes (VOISIN), es opinión casi unánime que producen grandes ventajas y resultados curativos, especialmente cuando hay tendencia al estupor. Debe vigilarse atentamente la acumulación de todas estas substancias que en un momento dado pueden determinar fenómenos tóxicos ó de intolerancia. Los opiáceos están contraindicados en los casos en que hay tendencia á la hiperemia ó congestión cerebral, y por tanto en los paralíticos debe casi proscribirse su empleo, salvo muy especialísimas indicaciones.

La belladona, el beleño y otros narcóticos también se usan, pero su acción es menos eficaz.

Los bromuros, en especial el potásico, cumplen frecuentes indicaciones en los epilépticos, en los que hay que usarlo á alta dosis, en las psicosis histéricas, y en la excitación de los alucinados crónicos, de los dementes y en los paralíticos.

El hidrato de cloral, solo ó asociado al clorhidrato de morfina, es muy útil para combatir el insomnio; pero ofrece el inconveniente de su acción sobre el corazón, é irritante sobre el estómago que impide hacer de él un uso un poco prolongado.

Como hipnóticos se han preconizado muchas substancias de efectos más ó menos marcados, tales como: el hipnono y el paraldehido, que gozaron de gran boga durante cierto tiempo; el metilal, el hipnal, el trional, el tetronal, la hiosciamina, la hioscina, el cloralmido, etc.; siendo al parecer uno de los más eficaces el sulfonal y en su defecto el trional, pero á condición de no usarlos sin interrupción durante largo tiempo para evitar la costumbre ó hábito del organismo y hasta ciertos efectos tóxicos.

Tónicos.—Reconstituyentes.—Teniendo en cuenta el estado de debilidad ó de anemia en que muchos alienados se encuen-

tran, y del gasto orgánico que representa la agitación psíquica y física que á veces sufren, no es de extrañar haya que acudir á restaurar su economía y sostener sus fuerzas; de aquí la necesidad de la administración en muchos casos de los preparados de hierro, quina y nuez de kola, etc.; de los fosfatos en diversas formas; el arsénico, aceite de hígado de bacalao y otros, de un modo especial en las psicosis crónicas, y en los paralíticos y dementes. El sulfato de quinina ha producido, en algunas ocasiones, buenos resultados en las locuras periódicas y marcadamente en las de origen palúdico.

El alcohol, que á cierta dosis obra como sedante en la agitación de las alienaciones alcohólicas; en otra dosis, en las distintas formas en que puede administrarse, su acción es tónica, pero hay que advertir la susceptibilidad morbosa que por dicha substancia tiene el cerebro de los locos. La digital en las psicopatías cardíacas alguna vez está indicada, como sedante y en cierto modo como tónico del corazón.

Ya hemos hablado de lo necesario que es á los enfermos de la mente una alimentación nutritiva y reparadora, en términos que, cuanto mejor y más abundante es ella, menor es la mortalidad de los alienados y más frecuentes sus curaciones, como lo han probado apoyándose en datos estadísticos THURNAM y CONOLLY entre otros. Hay casos en que es muy útil el uso de los amargos y eupépticos.

Emisiones sanguíneas.—Hoy nadie usa la sangría, ó cuando menos no se abusa de ella, como se hizo hasta la época de PINEL. En general, la extracción de sangre es poco conveniente en los alienados, en los que ejerce un funesto efecto agravando su estado; en algunos casos, como en ciertos paralíticos marcadamente congestivos, puede existir de momento la indicación de las emisiones sanguíneas, pero conviene cumplirla siempre con la mayor prudencia y prefiriendo de un modo poco menos que absoluto á la sangría las aplicaciones de sanguijuelas alrededor

de las apófisis mastoides ó en el ano. MARCÉ aconseja que en los hemorroidarios en que haya cesado un flujo sanguíneo habitual ó en las mujeres con supresión del flujo menstruo, cada mes dos ó tres días se apliquen unas sanguijuelas alrededor del ano ó en la parte superior de los muslos.

Otros medicamentos.—Los estimulantes difusibles como té, café, etc., deben en general proscribirse, pero con todo pueden ser de alguna utilidad en ciertos estados de depresión, pero usados parcamente. El haschisch ha sido recomendado por atribuirle cierta acción especial en los alucinados. Los emenagogos también se han empleado, ya contra la dismenorrea y amenorrea como causas de locura, ya para determinar y regularizar el flujo catamenial y conseguir una especie de efecto crítico en la alienación.

Las diversas psicopatías sifilíticas deben tratarse de un modo enérgico con los preparados mercuriales y el yoduro potásico, según las reglas generales; pero considerando la delicadeza de estructura del sistema nervioso y la prontitud con que se producen lesiones irreparables, hay que obrar con rapidez y con cierta valentía en las dosis empleadas.

Agentes quirúrgicos.—Varios procedimientos quirúrgicos se han propuesto para combatir algunas psicosis, tales como la trepanación, cerebrotomía y craniectomía. SHAW y BATTY-TUKE, hicieron la trepanación con escisión de la duramadre en la parálisis general; HORSLEY, ALTHAUS y BURCKHADT, han aconsejado y hasta practicado la trepanación, la extirpación de fragmentos de la corteza cerebral, la ligadura de los vasos cerebrales y extracción de neoplasmas. LANNELONGUE y PRENGRUEBER han llevado á cabo la craniectomía para permitir el desarrollo cerebral y por tanto psíquico en los casos de detención por sinostosis prematura. Por ahora aún es aventurado dar una opinión sobre el éxito de estos medios de tratamiento por el corto número de casos clínicos publicados.

Revulsivos.—Poco se emplean los revulsivos en la alienación mental, á pesar de que en ciertos casos darían sin duda beneficiosos resultados. Ya hemos hablado de los baños sinapizados. LUYS aconseja vejigatorios repetidos en las pantorrillas contra la melancolía y estados depresivos; el sedal en la nuca, las moxas, vejigatorios, cáusticos, puntas de fuego con el termocauterio y fricciones irritantes con la pomada estibiada, ya en la misma nuca ó en la cabeza, empléanse en ciertos estados depresivos con tendencia á la cronicidad ó con ideas de persecución y sobre todo en el estupor melancólico, en cuya enfermedad hemos obtenido muy buenos resultados aplicando la pasta de Viena, ó un vejigatorio, y sosteniendo después largo tiempo la supuración; en la parálisis general también pueden obtenerse ventajosos efectos con una revulsión sostenida y enérgica.

Contra la caquexia estrumípriva ó paquidérmica se ha aconsejado y llevado á cabo por LANNELONGUE, BETTENCOURT-RODRIGUES y HORSLEY, el injerto del cuerpo tiroides, de inyecciones del jugo de dicha glándula ó tiroidina, prácticas de las que aún no podemos formarnos un concepto fundado.

Algunos de los medicamentos antes citados y otros se han introducido en el organismo por medio de las inyecciones hipodérmicas (hioscina, cocaína en la melancolía, ergotina y ergotinina en los ataques congestivos, etc., etc.).

Las inyecciones de jugos orgánicos de BROWN-SÉQUARD, las hemos experimentado varias veces sin lograr beneficio alguno; las observaciones personales que poseemos son pocas en número para que formemos una opinión definitiva, máxime cuando expertos experimentadores y clínicos celebran los resultados obtenidos por ellos en la melancolía y neurastenia principalmente.

SEGUNDA PARTE

DEONTOLOGÍA Y MEDICINA LEGAL FRENOPÁTICAS

SECCIÓN PRIMERA

CAPÍTULO PRIMERO

Deontología frenopática

No se limita siempre la misión del médico al tratamiento de las enfermedades afectando ya al individuo, sino que, y en frenopatía es muy frecuente, á menudo se ve consultado sobre cuestiones que en un modo más ó menos próximo se relacionan con la salud ó vida del que le interroga ó de alguno de sus allegados. La herencia de la alienación mental y las varias consecuencias que de la misma se desprenden, constituyen las principales cuestiones que se le plantean al frenópata y cuya resolución al mismo se piden. Entre ellas las más importantes son: 1.º Relaciones sexuales entre un alienado y su cónyuge; 2.º probabilidades de herencia transmitida á los distintos individuos de la familia de un alienado; 3.º matrimonio de los alienados y de los parientes de los alienados (RÉGIS).

De las relaciones sexuales entre un alienado y su cónyuge.— Éstas pueden considerarse ó bien durante la enfermedad ó después de la curación.

El primer caso puede suceder durante la permanencia del enfermo en su domicilio ó cuando recluído en un asilo se le permiten, por razones especiales, entrevistas ó paseos con su familia. Consultados en estas circunstancias, lo que no es muy común, hemos de pronunciarnos por la negativa en cuanto á

todo lo que se refiera á relaciones sexuales, por la doble razón de lo que agrava el estado mental del alienado, la excitación y abatimiento ó sedación consiguiente que aquéllas producen, y porque, siendo posible una procreación ó concepción, el ser resultante se halla en las condiciones más abonadas para ser víctima fatal de la herencia frenopática.

En el segundo caso el problema es más complejo, pues no es posible prohibir á un sujeto vuelto al estado de razón el pleno uso de sus funciones y de sus derechos; sin embargo, sabido es la perniciosa influencia que el menor abuso sexual ocasiona, sobre todo en los individuos predispuestos á las enfermedades mentales, y con mayor motivo en el que ya las ha sufrido; gran tino y discreción se necesita en esta ocasión, y al ser interrogados debemos con todo inclinarnos en el sentido de esperar la curación completa y segura y que en las aproximaciones sexuales impere la mayor moderación y parsimonia con objeto de atenuar los efectos producidos por las mismas.

Probabilidades de herencia correspondientes á los diversos miembros de la familia de un alienado. — Procurando animar y disipar sus preocupaciones, cuando un individuo que se halle en estas condiciones nos pide nuestra opinión, hemos de formularla de un modo científico, basándonos para ello en las consideraciones siguientes: relativas á la persona que pregunta, las que se refieren á aquella por quien se pregunta; y las correspondientes á la forma de alienación mental origen de la investigación.

Tratándose del mismo interesado, con frecuencia hay que disimularle la verdad; animarle, aun cuando las probabilidades de enfermedad sean muchas y casi fatales, comprendiéndose fácilmente la razón de esta manera de proceder; esta reserva no es tan necesaria, y aun puede convenir manifestar la realidad, cuando se vaya á instituir un plan profiláctico y la persona que pregunta no es el mismo interesado.

El cálculo de las probabilidades de herencia se funda prin-

cipalmente en el grado de parentesco del sujeto con el alienado ó alienados que haya habido en la familia, así como en la manera de ser ó constitución física y psíquica de aquél. Cuanto más próximo y directo es el parentesco, tanto mayor es el temor de la herencia, sobre todo tratándose de la línea directa, sin por eso olvidar el parentesco colateral; en igualdad de condiciones, esto es, tratándose de hijos á padres, estarán más predispuestos aquellos cuya época de nacimiento sea más próxima á la de la aparición de la enfermedad en el ascendente, así como también parece ser más profunda la influencia de la madre que la del padre.

Las condiciones psíquicas y físicas del sujeto tienen grande importancia en esta cuestión; pues considerando que la herencia no es fatal, sino que hay muchos individuos que escapan á su influencia, el conocimiento de aquéllas nos da también el del grado que ha alcanzado la acción de la herencia. Encuéntranse en las familias de los alienados sujetos sanos de espíritu y sin el menor indicio de trastorno, y otros en que desde la niñez se observa una desharmonía y falta de equilibrio en su modo de ser psíquico, careciendo de ilación, de consecuencia y hasta de lógica su conducta y sus actos; con una impresionabilidad morbosa excesiva, una emotividad exaltada, que hace que tan pronto se encuentren excitados, como deprimidos; en suma, ofrecen los caracteres que ya asignábamos, al hablar de la locura hereditaria y de los degenerados, á los candidatos á la alienación mental, y todos estos signos se hacen más manifiestos con la edad, máxime si á ello se agrega algún trastorno nervioso, como convulsiones de la infancia, etc., y los fenómenos críticos ó modo cómo reaccionan en las principales etapas ó fases de la vida, ya genital, ya intelectual, etc.

Siguiendo en el orden progresivo de menor á mayor influencia, nos encontramos con el tipo de locura como otro de los fundamentos para el cálculo de las probabilidades de la

herencia frenopática. RÉGIS, á quien seguimos en este estudio, indica que primero hay que examinar, si el caso de alienación mental es único en la familia ó bien si son varios; si existe sólo en una línea ó si en ambas, en la paterna y materna; pues en ambos casos, si es múltiple y bilateral, el porvenir es más sombrío, por ser indicio todo ello de que la acción morbosa es más profunda y más persistente. A su vez las probabilidades aumentan, si en la misma generación del sujeto que analizamos se encuentra alguno con extravagancias de carácter, afectos nerviosos ó con locura ya, etc.; así como si la alienación mental del ascendente es ocasionada por causas fortuítas y meramente accidentales y ligeras, que indican por su poca intensidad, desproporcionada con el efecto producido, que la predisposición era grande.

Considerando que no todas las formas de locura transmiten con igualdad la predisposición á padecerla á los descendientes, claro es que este dato debe investigarse; pues ya se sabe que aquellas alienaciones mentales que suponen un trastorno acentuado en el modo de ser psíquico y orgánico, como son las locuras periódicas en todas sus variedades, la locura de doble forma, el suicidio, etc., con una frecuencia desconsoladora se repiten en los descendientes, así como, á la inversa, en las que no tienen los caracteres citados. BALL y RÉGIS admiten que la herencia frenopática reviste tres tipos: 1.º *tipo neurótico* ó *neuropático,* en el que las neurosis dan origen á las mismas ó á la locura neuropática; 2.º *tipo cerebral* ó *congestivo,* en el que afectos cerebrales ocasionan á su vez igualmente afectos cerebrales complicados ó no de locura, tal como la parálisis general, y 3.º *tipo vesánico,* ó sea en el que las locuras ó vesanias proceden de otras locuras ó vesanias.

Así, pues, las afecciones del primero y segundo tipo harán temer menos la herencia de una alienación mental que las del último, en las que aquélla será infinitamente más frecuente. Ade-

más haremos notar que en las familias en que ha aparecido la parálisis general, ésta será cada vez menos de temer en atención á que, predisponiendo á las afecciones orgánicas cerebrales y siendo en la infancia una de las épocas en que ellas alcanzan uno de sus máximum, ejercerá así la herencia una especie de selección regeneradora.

Pero aún es posible ahondar más este análisis y en algunos casos hasta precisar en qué forma se presentará la locura hereditaria. Hemos dicho en otra ocasión que algunas alienaciones mentales dan lugar á la herencia homóloga, esto es, que en los descendientes suele aparecer el afecto psíquico, de un modo preferente, en la misma variedad nosológica; tal suele suceder con la locura de doble forma ó circular, con los impulsos al suicidio, entre otras.

Sentados estos principios generales, fácil le es al médico dar una contestación razonada y con probabilidades de certidumbre.

De los matrimonios de los alienados y de sus parientes. — Nada hay que decir respecto al casamiento de los alienados mientras dura su enfermedad, pues esto sólo puede concebirse en circunstancias extraordinarias como *in artículo mortis,* para regularizar situaciones delicadas, pues salvo casos como éste y faltando voluntad y personalidad civil á uno de los contrayentes, no comprendemos cómo podría realizarse, y en este caso, sin duda alguna, daría lugar á litigios por diversos conceptos.

Pero después de conseguida la curación MOREL no duda en permitir el matrimonio del alienado, cuando la dolencia de éste es un episodio aislado y único en la familia y se debe á una causa moral y de acción á él solo limitada; y RÉGIS añade á esto, que sólo debería consentirse el enlace cuando se haya tratado de una manía sobre todo ó de una melancolía agudas, formas únicas de vesania cuya curación puede ser sólida, y

aun en este caso haciendo el médico ciertas reservas y salvedades.

Más generalmente esta consulta se hace con relación al casamiento de parientes de alienados, ya sea el mismo interesado, ya otra persona de su misma familia, ó bien un tercero que desea saber si él ó un allegado suyo puede contraer matrimonio con el descendiente de un enfermo de la mente, el que interroga al facultativo.

Tratándose del mismo interesado ó de un deudo suyo, excusado es manifestar la reserva que debe guardar el médico al exponer su opinión, mayor en el primer caso que en el segundo, procurando siempre atenuar la gravedad de su dictamen cuando sea desfavorable, y principalmente al interesado, disimulándolo bajo distintos pretextos, como debilidad de salud, etc., y si se tratase de los parientes, aconsejándoles difieran la unión para una edad algo madura, en que no es tan de temer la aparición de una psicosis. En suma, no dirigiéndose al sujeto de la cuestión, sino á sus padres ó á otros parientes, hay más libertad de expresión, pero siempre con ciertas reservas. Si la pregunta la hace un individuo de la familia del otro cónyuge futuro, del que no presenta temor alguno de herencia, estando autorizado por el interesado, la opinión del médico puede manifestarse más espontánea y francamente, pero siempre debe hacer gala de la mayor delicadeza y reserva en asuntos como estos, en que la más ligera indiscreción puede ser de consecuencias desagradables y origen de disgustos.

Las consideraciones que se refieren á las condiciones y circunstancias del interesado y á la forma de psicosis sufrida por alguno de sus ascendientes, son, en lo que se refiere al matrimonio, análogas á las que hemos expuesto al tratar de las probabilidades de la herencia morbosa, por lo que es superfluo repetirlas; basta hacer aplicación de lo entonces expuesto al caso presente, teniendo en cuenta, que cuanto mayores sean las

probabilidades de sufrir los efectos de la herencia frenopática, tanto menos debe aconsejarse la realización de un matrimonio.

Además, no hay que olvidar lo conveniente que es la investigación de los antecedentes de la familia con quien va á enlazar el supuesto descendiente de un alienado y en especial de la persona con la que va á contraer matrimonio, pues según ellos sean, la predisposición morbosa de los hijos puede atenuarse mucho y hasta desaparecer, mientras que, por el contrario, si las condiciones fueran análogas ó semejantes en ambos, el peligro de la herencia se exageraría y en este caso la oposición al casamiento había de ser absoluta.

Hay ocasiones en que se solicita de un médico un certificado de integridad ó de estado normal psíquico de un determinado sujeto, ya con motivo de testamentos, contratos, etc., ó bien es el mismo interesado el que pide tal documento para evitar así un expediente de incapacitación, ó el ser recluído en un asilo, etc.; en estos casos debe procederse con cautela y prudencia suma, para impedir de esta manera consecuencias que podrían ser muy desagradables y perjudiciales, teniendo presente, sobre todo, la habilidad con que ciertos alienados (perseguidos, razonadores, etc.), saben ocultar su desorden mental y la tenacidad con que persisten en su disimulo.

A propósito no hemos dicho nada hasta ahora respecto al secreto profesional, que es una obligación que jamás debe olvidar el médico; pero, como en otro trabajo hacíamos notar, «son tantos y tan encontrados los intereses y circunstancias que para el secreto médico en Frenopatía concurren, que no es de extrañar que las opiniones no estén unánimes y conformes; todos aspiran como un ideal al secreto absoluto; á él debemos inclinarnos y tal es nuestra manera de pensar; sin embargo de tenerle como norma y regla de conducta, debemos hacer presente que ínterin el conocimiento de lo que es la locura y las diversas maneras con que los trastornos mentales se presentan no se

vulgaricen» (1), en muchas ocasiones el médico no especialista se hallará perplejo, en atención á que el secreto médico-frenopático se halla rodeado de muchas más dificultades que el de la medicina general y que el tacto y habilidad del facultativo le ayudarán mucho á sortear este asunto, respecto del que es difícil, si no imposible, á lo menos por ahora, establecer un criterio absoluto, y en especial si se atiende á que por los trámites que las disposiciones vigentes exigen para la reclusión de un alienado en un manicomio, necesítanse «una serie de documentos visados y firmados por tal número de personas, que es cierto é indudable que equivalen á ir pregonando la enfermedad del sujeto en cuestión; todo esto seguido si no precedido de un expediente judicial para contribuir más á la divulgación del secreto» (2).

(1) *Del secreto médico en Frenopatía,* por el Dr. J. MARTÍNEZ VALVERDE; artículos publicados en el *Boletín del Manicomio de San Baudilio del Llobregat,* n.º 12 del año I, 1892, y n.ºs 1 y 2 del año II, 1893.

(2) Id. id.

CAPITULO II

Medicina legal frenopática

El Código penal español exime de responsabilidad al que, cometiendo un crimen, en el acto de realizarlo no se hallase en plena integridad psíquica y en completa posesión de su inteligencia y sólo hace un distingo ó salvedad, que es el de encontrarse en un período de razón, ó sea de lucidez. De aquí que para el médico que ha de informar ante un Tribunal español, la cuestión se halla limitada á un asunto de diagnóstico y á averiguar si en el acto de la comisión del hecho, el sujeto disfrutaba ó no de salud psíquica, ó sea de la normalidad de sus facultades intelectuales.

Sin embargo, en el campo de la Ciencia hay dos teorías sobre la responsabilidad de los alienados: aquellos que la admiten de un modo parcial, para ciertos casos, y la irresponsabilidad absoluta, para otros; y los que siempre y en todo tiempo consideran al loco completamente irresponsable de los hechos punibles por él ejecutados. Parece ser que algún código extranjero admite el principio de la responsabilidad parcial, que tiene defensores tan valiosos como CASPER, LEGRAND DU SAULLE, TARDIEU y otros; nuestro Código penal ya hemos indicado que sanciona y acepta el principio de la irresponsabilidad absoluta, cuyo partidario más acérrimo, entre otros muchos, ha sido J. FALRET. Indiquemos, aunque sea ligeramente, los fundamentos en que se apoyan una y otra opinión.

Los partidarios de la responsabilidad parcial, proporcional ó atenuada ya, como Casper, la concretan á los casos en que no haya obrado bajo la influencia del delirio, ó bien con Legrand du Saulle admiten la irresponsabilidad absoluta sólo en las formas de locura generalizada, mientras que en las alienaciones parciales el presunto reo únicamente será irresponsable cuando haya ejecutado el hecho bajo la influencia del delirio, á la par que será responsable cuando el móvil que le haya impulsado, sea ajeno á sus concepciones delirantes, fundándose para ello en la falta de solidaridad de las facultades psíquicas ó sea en cierta autonomía funcional y poder por tanto conservar en algunos casos el individuo bastante clara la noción del bien y del mal y el dominio sobre sus pasiones é instintos.

J. Falret, el portavoz más elocuente de los afiliados á la doctrina de la irresponsabilidad absoluta, dice: «¿Cómo afirmar que tal acto, ejecutado en tal momento, es totalmente extraño á las concepciones delirantes del individuo, mientras que tal otro cometido en el mismo instante debe atribuirse á una concepción enfermiza? ¿Cómo fraccionar así el alma humana y dividir en dos partes distintas lo que hay más indivisible en el hombre, que es su personalidad, su libre albedrío, su responsabilidad? ¿Cómo castigarlo por unos actos y al mismo tiempo absolverlo por otros? ¿Quién pretenderá apreciar con certeza lo que pasa en la intimidad de la conciencia, sin ningún testimonio interior ni exterior? ¿Quién podrá pesar, medir el grado de impulsión que ha conducido al enfermo á la acción y el grado de la resistencia que el propio enfermo ha podido oponer? ¿Quién tendrá la pretensión de poseer un *frenómetro,* esto es, un instrumento bastante preciso, bastante rigoroso, para calcular con exactitud en esta estadística intelectual y moral, en este mecanismo complicado de las facultades intelectuales, morales é instintivas, el poder de las fuerzas de impulsión y el contrapeso ejercido por las fuerzas de resistencia?»

Pero si para los casos de locura evidente y confirmada niegan FALRET y otros la responsabilidad parcial, no admitiéndola, hay otro orden de hechos en que, si no *en el mismo momento,* la aceptan *en momentos diferentes;* ó sea para aquellos de semialienación ó para ciertos estados mixtos ó intermedios entre la razón y la locura, en los que persistiendo la responsabilidad de los actos, ella está más ó menos, pero siempre disminuída, siendo difícil dar reglas precisas para juzgar ó resolver este delicado punto, pues como dice CULLERRE, en estos casos el médico debe contar con su sagacidad y conocimientos clínicos más que con la opinión de los autores y los preceptos sentados. Estos estados, que en manera alguna son los de la locura confirmada y para los que admite la atenuación más ó menos graduada de la responsabilidad hasta el mismo FALRET, son, según este frenópata, los períodos de incubación y prodrómico de las enfermedades mentales, la demencia apoplética y la afasia; los intervalos lúcidos, de intermitencia y de remisión (de los que nos ocuparemos aparte); los períodos de predisposición á la locura, el histerismo y con él el sonambulismo y el hipnotismo; la epilepsia, el alcoholismo y los estados de imbecilidad ó de debilidad nativa de espíritu.

El período prodrómico de las alienaciones mentales puede con motivo de un hecho punible dar lugar á exigir responsabilidad al individuo en cuestión, cuando en realidad está libre de ella. Sabemos el modo insidioso y lento con que se desarrollan muchas psicosis, y en este estado, ya con profundas alteraciones mentales, pero aún no exteriorizadas y por tanto no comprobadas, comete el enfermo un acto criminal; durante la substanciación de la causa estalla el delirio por haber llegado el mal al período de estado ó haberlo precipitado la situación en que se halla colocado el paciente; el Código penal exige para eximir de responsabilidad, que en el momento de la comisión del hecho criminoso su autor no se encuentre en un momento ó estado de

lucidez, y como éste es, aparentemente, el que tenía el sujeto en cuestión, el tribunal se ve obligado á condenarle, á menos que el médico no pueda probar por los antecedentes ó datos recogidos que se trata de un enfermo, bien que en el momento de autos sólo estuviera en el período prodrómico y por tanto ya bajo el dominio de la psicosis, aunque no se hubiese hecho público y patente el desorden mental. Al ocuparnos de los crímenes y delitos veremos cuáles son los más comunes en esta etapa de la evolución de las locuras.

De la responsabilidad en los estados de remisión, intermitengia é intervalos lúcidos

El Código penal español hace responsable de los actos punibles al que los realiza en estas condiciones, puesto que en el párrafo 1.° del artículo 8.° preceptúa que sólo está exento de responsabilidad... «el loco, á no ser que éste haya obrado en un intervalo de razón.» Pero en sana doctrina frenopática ¿es aceptable este criterio? La *remisión* se caracteriza por la atenuación de los síntomas presentados por la psicosis y por tanto la enfermedad persiste, si bien disminuída en su intensidad, por lo que si el desorden mental continúa, aunque en un grado menor, la irresponsabilidad podrá á lo más aminorarse, según el mismo FALRET, y por consiguiente el enfermo hallarse sujeto á responder de sus actos en un grado menor, esto es, su responsabilidad será incompleta, aunque real; pero en la práctica nos encontraríamos con la dificultad de precisar cuál fuera ella, hasta dónde alcanzaría en el sujeto la noción del bien y del mal ó sea el concepto de la moralidad de un hecho que en este caso concreto sería cuestión de medida, faltando el patrón ó tipo á que ajustarse. Aparte de la parálisis general, y aun esto debido á los trabajos de LEGRAND DU SAULLE, DOUTREBENTE, BAILLARGER

y algún otro que de ella se han ocupado, faltan estudios sobre las remisiones de las psicosis en el concepto médico-legal.

En las *intermitencias*, la vuelta al estado de razón es completa, y por tanto legalmente la responsabilidad aquí es completa; no se trata de gradación mayor ó menor, sino que la integridad psíquica es real y primitiva y por tanto el sujeto se encuentra en estado de disfrutar del pleno goce de sus derechos civiles y por ende de cumplir con sus deberes correlativos; será temporal esta situación, pero está lejos de ser una rareza; muy al contrario, conocidas son muchas enfermedades mentales en que constituye una de las fases de su evolución. El mismo FALRET, tantas veces citado, está conforme en que en estas circunstancias la responsabilidad no puede negarse, y la única dificultad que puede encontrar el práctico, es puramente de diagnóstico, procurando sobre todo no engañarse con las falsas intermitencias ó mejor remisiones que, entre otros, son frecuentes en los perseguidos, que procuran disimular y ocultar su delirio; concrétase, pues, la cuestión en este caso á un problema de pura clínica; debe, sin embargo, tenerse en cuenta, que si bien las intermitencias de las locuras no son raras, bastantes veces el sujeto en cuestión ofrece, sobre todo, una cierta pérdida de las facultades morales, si bien poco acentuada, permanente y definitiva.

Los *momentos lúcidos* se caracterizan por la vuelta al estado de razón, ó mejor por la suspensión completa de los síntomas de la psicosis, en el curso del mismo acceso ó período, pero suspensión puramente temporal y muchas veces fugaz, por ser muy corta su duración y asemejarse, como dice RÉGIS, á la de un relámpago. Hay intermitencias que sólo persisten por muy corto tiempo y podrían confundirse con un momento lúcido. Éste, según el tantas veces citado Código penal, coloca al paciente en condiciones de responsabilidad de los actos que ejecuta, pero científicamente no debe ella admitirse, entre otras ra-

zones por lo difícil, ó mejor dicho imposible, que es en muchos casos comprobar la existencia en un momento dado y preciso de dicha lucidez.

Manera de determinar la reponsabilidad.—Ya hemos dicho que es una mera y pura cuestión de diagnóstico, pero á veces con un número grande de dificultades, ya que en ocasiones tiene que ser tal juicio de carácter retrospectivo, pues no sólo hay que determinar la existencia ó no de la locura, sino que también hay que investigar y señalar si, en el momento de la ejecución del hecho punible, se encontraba ó no el individuo en plena posesión de su salud é integridad psíquicas ó bien que lo realizó bajo el imperio y acción de los trastornos intelectuales producidos por la locura; de aquí que, como veremos al ocuparnos de la manera de practicar el peritaje, además de atender á las particularidades sintomáticas, son de gran valor las circunstancias que hayan concurrido en la comisión del hecho, causas de él, fin que se proponía su autor, etc., así como no olvidar tampoco que en ocasiones puede simularse, ó pretextarse y otras veces disimularse la locura.

De los crímenes y delitos de los alienados

No siendo nuestro objeto un estudio médico-legal de las psicosis, sólo nos limitaremos á dar algunas nociones que puedan, sin embargo, servir de guía para la resolución de los problemas que tan á menudo se suscitan con motivo de los actos punibles, que, con bastante frecuencia, cometen los enajenados. Los caracteres que ofrecen los crímenes y delitos que realizan estos enfermos, son generales y comunes á todos ellos, ó bien particulares y propios exclusivamente de cada locura.

Todos los crímenes y delitos que se conocen, pueden ejecutarse por los alienados, pero hay algunos que son más comunes y que se encuentran con más frecuencia; tales son el homi-

cidio, el robo y el incendio en primer lugar, y después los atentados contra el pudor, de todo género y clase; la falsedad, la difamación y la calumnia, etc.

CARACTERES GENERALES. — Muchas veces las circunstancias que concurren en la comisión del hecho son de tal índole y clase, que ellas por sí solas patentizan que el individuo, autor de aquél, en manera alguna gozaba de su integridad psíquica en aquellos momentos. Ya la agitación y trastorno delirante en que se encuentra; la instantaneidad, imprevisión y violencia de que da muestras el sujeto en cuestión, así como lo absurdo y ridículo del acto, tanto en sí como en la manera de ejecutarlo, y otras varias particularidades difíciles de precisar, pero fáciles de comprender, probarán de un modo indudable y cierto la insanidad del mismo.

Pero no se crea que tales actos cometidos por los alienados hayan de presentarse siempre con los caracteres que acabamos de manifestar, sino que, por el contrario, muchas veces no se encuentra nada que haga sospechar en sus autores desorden mental alguno. Obran movidos por ideas ó pretextos perfectamente definidos y determinados; prepáranlos con calma y constancia para evitar todo aquello que pudiera malograr su intento, y con una sagacidad y pertinacia dignas de mejor aplicación toman sus precauciones, lo combinan y calculan todo, preparándolo de manera que puedan despitar á los más hábiles. En suma, proceden con toda premeditación, procuran eludir su responsabilidad y aun llegan á negar toda participación en el hecho punible, lo que generalmente no sucede en los alienados, que por lo común cuando no pregonan su hazaña tampoco la niegan. En los casos en que persiste alguna de sus facultades intelectuales íntegra, la ponen completamente al servicio de su idea y de aquí la habilidad que despliegan, que en nada puede diferenciarse de la del criminal más hábil y sagaz; como se comprende, estos casos

revisten suma importancia, pues la prueba del carácter morboso del hecho es sumamente difícil, dada la opinión muy generalizada de que todas las acciones de los locos se distinguen por la absurdidez y la imprevisión.

Todas las enfermedades mentales son susceptibles de que en un momento dado de su evolución, el sujeto que las padece cometa un crimen ó un delito; difícil es *a priori* determinar si un alienado será ó no peligroso, pero sin embargo, la experiencia enseña que algunas formas de alienación mental presentan con más frecuencia que las otras algún hecho criminoso como episodio de la vida patológica. Así, entre las enfermedades que puede considerarse que convierten á los pacientes en habitualmente peligrosos y por excepción inofensivos, tenemos: la manía aguda y principalmente la excitación maníaca, en la que la depravación moral es muy frecuente; y siendo esta última forma la que revisten á menudo la locura histérica y la locura de doble forma en su fase exaltante, hay que agruparlas con las psicosis maníacas; la locura alcohólica aguda y subaguda. Pero sobre todo aquellas que dan un mayor contigente á la criminalidad de los alienados, son las locuras parciales y la locura epiléptica; entre las primeras ocupan el principal lugar, pero en grado sumo, los perseguidos y preferentemente los perseguidos-perseguidores; los místicos y megalómanos son con mucha menos frecuencia autores de hechos de esta índole; la locura epiléptica goza también del triste privilegio, que comparte con los perseguidos; siendo estos enfermos más de temer en el momento y sobre todo después del ataque. En general todos los alienados que sufren alucinaciones, y de un modo preferente las acústicas, son susceptibles de realizar un acto peligroso ó criminal en la ocasión más imprevista. En las demás formas de enfermedades mentales, por lo general, raras veces suelen cometer hechos punibles los que las padecen.

CARACTERES PARTICULARES. — Vamos á exponer las particularidades correspondientes á cada forma de alienación mental.

Degenerados. — Locura hereditaria. — Este grupo numeroso, que abraza tan distintos estados psicopáticos, como son desde la más ligera degeneración hasta la imbecilidad y la idiocia, se caracteriza por las impulsiones más ó menos irresistibles, con lucha y resistencia á la ejecución del acto ó sin ella. En los casos que RÉGIS llama neurastenias predominan las impulsiones al incendio, robo, homicidio, suicidio y las aberraciones sexuales y genésicas más ó menos punibles, y muy variadas. En las frenastenias, cuyo fondo distintivo es la perversión moral y la falta de distinción entre el bien y el mal, obsérvase la tendencia á causar la muerte, ya sea de un particular, ya recaiga sobre un personaje político ó religioso, como el regicidio; cuando domina el trastorno moral, se trata entonces de los llamados locos morales, y por algunos, imbéciles morales, que si bien alguna vez cometen delitos contra las personas, generalmente es la calumnia, la difamación su tarea favorita. Tanto unos como otros suelen desplegar grande habilidad, disimulo y constancia en sus actos, que, por otra parte, aparecen razonados, lógicos y premeditados como el que más. La falta de concepciones delirantes de orden intelectual hace que las cuestiones médico-legales, que á ellos se refieren, sean de las más arduas, y es difícil comprobar y demostrar la realidad de su estado. En esta clase de enfermos, en que los trastornos predominantes recaen sobre los instintos, se encuentran los que sufren la psicosis criminal de algunos autores, ó sea los criminales natos de LOMBROSO y su escuela; pueden realizar toda clase de crímenes y delitos, pues también en ellos se observa la perversión moral.

La locura hereditaria confirmada ha sido á su vez igualmente causa de algún hecho criminoso, que comúnmente reviste un carácter impulsivo y extravagante, si, como á menudo sucede, hay perturbaciones morales, sin excluir por eso las apariencias

de lógica, premeditación etc., en algunos casos. Cuando sólo se trate de predisposición á la locura hereditaria, de un mero desequilibrio psíquico, según J. FALRET, debe atenuarse la responsabilidad de dichos sujetos, pues conservan, según él, discernimiento suficiente para juzgar del valor de sus actos. Los antecedentes de familia y los personales son de suma importancia en la determinación de estos hechos, difíciles muchos de ellos; hay que estudiarlos individualmente, ya que no pueden precisarse reglas generales.

Los crímenes y delitos de los imbéciles, idiotas y dementes, se ejecutan por lo común de un modo automático y con caracteres de puerilidad, inconsciencia y absurdos en grado sumo. El robo, principalmente en los dementes, los atentados contra el pudor y á la violación, ya por excitación genésica bestial ó de un modo impulsivo y sin causa conocida, son los más frecuentes de todos, así es que en estos enfermos es donde se encuentra el mayor número de exhibicionistas; el incendio es otro de los crímenes cometidos, en particular por los imbéciles. El homicidio es raro, y entonces hay que sospechar ó bien una neurosis convulsiva ú otro desorden mental.

Manías y sus variedades. — En la manía aguda franca son raros los hechos que revistan un carácter punible; los enfermos más bien tienden á destruir las cosas que á agredir las personas. Los accesos de furor y especialmente la excitación maníaca (ésta por la perturbación moral que en ella predomina), dan lugar algunas veces á actos criminales, sobre todo á la calumnia, la difamación, atentados contra el honor, etc.; lo mismo sucede en aquellas formas de alienación mental en que el síndrome que revisten es el de la excitación mental, como los casos de locura circular y periódica, las histéricas, etc. Cuando se trate de la manía franca, la manera como el hecho tenga lugar, bastará, en la mayoría de los casos, para su determinación; por el contrario, la habilidad que suelen desplegar y la relativa lucidez intelectual,

hará difícil la misión del médico, cuado sea un excitado el autor del hecho punible.

Melancolía. — En las diversas variedades de melancolía lo que se observa más comúnmente es el suicidio; el homicidio, en los raros casos que tiene lugar, suele coincidir con ideas delirantes de carácter religioso y tener por objeto salvar de la condenación eterna en el infierno, ó de los sufrimientos de la miseria á personas queridas. Por lo común no son estos los hechos que ofrecen más dificultades al práctico.

Locuras parciales. — Delirios sistematizados. — En esta categoría se encuentran los perseguidos que, junto con los epilépticos, son las alienaciones que comparten el triste privilegio de presentar más locos criminales. El perseguido ya por venganza, ya como medio de evitar las persecuciones de que se cree objeto y de llamar la atención para conseguir justicia, frecuentemente comete un homicidio, aun á veces siendo la víctima una persona desconocida de su agresor; ya sea el motivo determinante inmediato una alucinación, preferentemente acústica, ya sea una consecuencia lógica natural de las deducciones que en su delirio se forme. Los alucinados obran á veces de un modo insólito é impulsivo, y los otros por lo general perseguidos-perseguidores ó razonantes lo hacen de un modo premeditado, reflexivo y con bastante sangre fría. No es sólo el homicidio el crimen cometido por esta clase de enfermos, sino que también, aunque menor número de veces, pueden ser autores ó de un incendio ó de una violación. La misión del médico es con frecuencia ardua y complicada, mucho más en los razonadores, por el carácter de lucidez que revisten sus actos y que hace difícil llevar el convencimiento de su estado frenopático á los magistrados y al público. El peligro que estos alienados ofrecen, se agrava, cuando á su vesania se une la acción de la epilepsia ó del alcoholismo.

Los místicos también son autores de delitos de homicidio,

que en este caso se deben á dos órdenes de motivos opuestos: ó bien lo ejecutan para castigar á un réprobo ó enemigo de Dios, ó ya pretenden repetir el sacrificio de Abraham y á la par que ofrecer una víctima propiciatoria (un hijo suyo ó un niño querido, etc.), salvarla de la perdición eterna; de esta manera creen cumplir su misión y su aspecto exterior, ademanes y lenguaje patentizan á las claras su desorden mental.

Los megalómanos pueden ser autores de actos violentos en reivindicación de derechos ó dignidades que creen menospreciadas ó usurpadas.

Locura de los adolescentes.—Hebefrenia. — Los niños y los jóvenes afectos de trastornos mentales, son á veces autores de « actos criminales ó punibles que revisten á menudo los caracteres de una impulsión brusca, instantánea, irreflexiva. » Robos é incendios, y sobre todo muertes llevadas á cabo con una ferocidad y crueldad que sorprenden, son los hechos más frecuentes; indican, á la par de un precoz criminal, insociabilidad y educación generalmente descuidadas y ponen en claro el verdadero estado de su autor.

Estados puerperales. — Los actos criminales cometidos por las mujeres en estos estados son casi siempre impulsivos y obsedantes; conocidos son los *antojos de las embarazadas*, que pueden pertenecer á esta clase de hechos. Antes del parto es el robo lo más frecuente, después de él el homicidio, y de un modo particular, el infanticidio con preferencia durante el trabajo del parto. Muy difícil es en algunas ocasiones determinar el verdadero carácter de dichos actos, ya que el trastorno mental puede ser fugaz, de horas solamente, ó bien tratarse de un caso de locura pretextada.

Delirios alcohólicos.—Prescindamos de las cuestiones que en el terreno del derecho penal dividen á los jurisconsultos sobre el grado de responsabilidad en el estado de embriaguez. La locura alcohólica aguda y aun la subaguda ocasionan con frecuencia el

suicidio; otras veces, ya por efecto de un acceso de furor ó por una alucinación panofóbica, cometen un homicidio de un modo ciego y súbito, muy semejante al de los epilépticos. Asociados á los anteriores hechos aislados pueden observarse el incendio, el robo y hasta los atentados contra el pudor. A veces se acusan de ser autores del hecho en realidad cometido, ó bien denuncian crímenes imaginarios de otras personas (CULLERRE). El alcoholismo crónico crea una especie de anestesia moral y de debilidad y decadencia psíquica, que hace la conducta de estos individuos incorrecta y violenta y en realidad algo irresponsables. La determinación de las diversas variedades de los efectos de la intoxicación alcohólica no es de las cuestiones más intrincadas que pueden presentarse en Frenopatía legal; sin embargo, no estará de más el estudio minucioso de cada caso particular.

Parálisis general.—Los actos criminosos cometidos por los paralíticos lo son principalmente en el período prodrómico, que por esto LEGRAND DU SAULLE llamaba *período médico legal* de la parálisis general. Los hechos de tal naturaleza que más se observan en estos enfermos son: el robo, las faltas contra la honestidad, falsificación de documentos, abuso de confianza y raras veces el homicidio. Todos estos actos tienen la característica común de realizarse de un modo absurdo, ridículo, sin precaución alguna y desprovistos de utilidad ó fin determinado, es decir, reflejan perfectamente las concepciones delirantes y el fondo de demencia de la periencefalitis.

Roban porque sí, sin ocultarse á la vista de todo el mundo, apoderándose al azar de objetos que para nada les sirven y que acto continuo dan á cualquiera, admirándose si se les prende ó exige responsabilidad; tan poca conciencia tienen de lo que han realizado. Igualmente llevan el sello de lo absurdo y de la necedad los actos inmorales de los paralíticos; introducen en el seno de su familia mujeres de vida airada; se entregan al onanismo sin recato, ni pudor; una mujer hasta entonces honesta

se prostituye con el primer advenedizo, etc.; aparte de la debilidad psíquica que indica semejante conducta, choca más aún, por el contraste que hace con la vida anterior de dichos sujetos, que por lo común era correcta é irreprochable. Las falsificaciones de documentos son á menudo más bien errores de contabilidad y expresión de su estado mental, así como los abusos de confianza; en ambos casos, además de las circunstancias en que ha tenido lugar el hecho, del mismo género que todas las de los paralíticos, los caracteres de la escritura serán de un grandísimo valor. Los atentados contra las personas son raros en estos enfermos. Los síntomas de la periencefalitis tan característicos en su conjunto, y la manera con que llevan á cabo sus actos, que tantas veces hemos repetido, facilitarán singularmente la tarea del médico en las cuestiones médico-legales que susciten estos alienados; sin embargo, en el período prodrómico se podrán encontrar en algunas ocasiones ciertas dificultades, que exigirán mayor atención y estudio del hecho individual.

Epilepsia.—Locura epiléptica.—Como hemos dicho más arriba, son estos enfermos los que con los perseguidos cometen más crímenes y delitos de origen patológico. El homicidio es de todos ellos el más frecuente, y los caracteres que reviste, comunes á todos los actos ejecutados bajo la acción del delirio epiléptico, son: ausencia de motivo; falta de premeditación; instantaneidad en la ejecución, que suele ser feroz; desarrollo de una violencia extrema con golpes múltiples; la impulsión se reproduce á intervalos más ó menos regulares, como si sustituyese á las demás formas de ataque del mal comicial, y pasada la crisis, el enfermo no recuerda nada, á lo más, rarísimas veces, tiene una idea, en extremo confusa, de que le ha sucedido algo. Esta amnesia, tan acentuada casi siempre, es la causa en parte de que el enfermo no tenga remordimientos, esté indiferente y tranquilo, no disimulando su crimen, ni procurando por tanto ocultarlo. Esta pérdida del recuerdo es de gran valor, en aquellos casos

en que se trate de una epilepsia larvada, sin ataques de gran mal, vértigos ó ausencias, y permite al médico formular un diagnóstico, sobre todo apoyado en los otros caracteres, que los hechos posteriores suelen confirmar. Pero no son sólo los homicidios los actos punibles de los epilépticos, sino que también los incendios son frecuentes y á veces los atentados al pudor; son estos casos aquellos en los que la impulsión suele aparecer periódicamente, lo que es un dato de gran importancia.

Pero, aparte de la locura epiléptica, como dijimos al tratar de ésta, la epilepsia imprime á los que la padecen un estado mental particular, que en los más se traduce por un modo de ser extraño; son pendencieros, violentos, de humor desigual, se arrebatan pronto, y fácilmente van á la acción; condiciones que se exageran en las proximidades del ataque, lo mismo antes que después de él, sobre todo después. Los que entonces llamamos *amenómanos* también, en algunos casos, montan en ira con facilidad. No hay duda que los actos criminosos cometidos en estas circunstancias no dependen totalmente de la voluntad del sujeto; así es que, aunque según la ley son responsables por completo de todas las acciones por ellos cometidas, es indudable que son merecedores de alguna atenuación en la pena. Hay veces en que en las épocas próximas al ataque se presenta un delirio transitorio y muy fugaz, que puede ser difícil de precisar; de todos modos esto nos indica que para evitar errores, que siempre son lamentables, hay que estudiar atentamente cada caso particular.

De la capacidad de los alienados

Así como en los actos criminales y en cuanto se relaciona con el Código penal, lo que hay que considerar en el alienado es su responsabilidad ó no de los hechos por él ejecutados, en materia civil, y por tanto, por lo que dice al Código civil, lo

que se debe atender y estudiar es su capacidad. En términos generales, como lo que se ha de determinar es la existencia de un afecto ó desorden mental ó la integridad psíquica del sujeto, se comprende fácilmente que los fundamentos y principios de apreciación son idénticos en uno y otro caso.

La intervención del médico en asuntos civiles se concreta generalmente á lo que se refiere á la validez de testamento y de contratos de donaciones á otros, á la nulidad ú oposición al matrimonio y quizás á algún asunto que se relacione con seguros sobre la vida, en sujetos que mueren alienados. Al final de la obra se encontrarán los textos legales, que se ocupan de todo lo referente á alienados, ó sea cuanto dice á las cuestiones de responsabilidad y capacidad de los mismos.

Testamentos. — En el caso en que viva aún el que lo haya otorgado, la investigación de su validez ó nulidad es puramente asunto de diagnóstico; pero las dificultades suben de punto, cuando haya fallecido, y sobre todo si el testamento es ológrafo ó de otra forma cualquiera en cuya redacción no intervenga un notario, que, por disposición expresa de la ley, debe estar seguro y hacerlo constar, de que el que otorga testamento goza de la plenitud de sus facultades psíquicas. En el último caso, la misión del médico es delicada y ardua y los elementos de apreciación sólo pueden ser indirectos, tales como la investigación del modo de ser, actos, estado de salud y psíquico, y enfermedad que ocasionó el fallecimiento, etc.; puede estudiarse á veces la historia clínica de la dolencia última; interrogar testigos que nos den luz sobre los extremos citados; examinar documentos y escritos del sujeto, etc.; el estudio del mismo testamento, sobre todo cuando está escrito por mano del testador; fijarse en la expresión de conceptos, ideas expuestas, forma y manera de redacción, ortografía, caracteres gráficos y omisiones, signos extraños, frases raras ó vocabulario nuevo, es decir, todas aquellas particularidades que nos puedan dar alguna noción sobre el estado mental

del sujeto en cuestión. Sobre todo hay que atender á que los datos que se adquieran sean correspondientes á la época en que se redactó el testamento; además, conviene ponerse en guardia en lo que declaren los testigos, por el interés que, consciente ó ignoradamente, pueden tener, y debe también recordarse que ciertas rarezas, extravagancias y aun pérdidas ó faltas de la memoria, principalmente en personas de edad avanzada, no indican en manera alguna nulidad en el testamento por no gozar su autor de la capacidad psíquica necesaria. Conforme PARCHAPPE hace notar, la ley en Francia no exige al perito un diagnóstico frenopático científico, sino la afirmación científica ó no de la insanidad ó alienación mental del sujeto en el acto de otorgar su testamento ó bien de que gozaba de plena lucidez de espíritu, como igualmente el Código civil español sólo requiere que se halle en su cabal juicio.

Contratos.—Las bases de apreciación para reconocer la validez de un contrato de donación ínter vivos ú otros análogos son semejantes y casi idénticas á las que hemos señalado para los testamentos, por lo que no las repetimos, ya que su exposición sería enojosa é innecesaria.

Matrimonios.—Según el legislador, para ciertos efectos legales, este acto tiene algo de contrato, por tanto, como para éstos es necesario el consentimiento de ambas partes, con pleno conocimiento de lo que realizan, no es, pues, extraño, que el Código exija que en el momento de contraer matrimonio sea necesario el pleno ejercicio de la razón, y que faltando este requisito, tenga dicho acto un vicio de nulidad. Dado lo preceptuado por nuestro Código civil, la misión que el perito ha de cumplir en casos de oposición ó de declaración de nulidad de un matrimonio es la existencia ó no de un estado mental morboso ó la falta é integridad de la razón. Hay, sin embargo, un caso especial que puede presentarse lleno de dificultades, es el que se refiere á los matrimonios *in extremis* ó *in articulo mortis;*

TARDIEU dice, con este motivo, que es «dificilísimo, en efecto, sentar principios y reglas fijas sobre un punto en que cada hecho, en cierto modo, aporta elementos de apreciación particulares y diferentes,» y que «hay que tener muy en cuenta las diferencias que las diversas formas de agonía presentan.»

Algunas otras cuestiones de carácter civil pueden presentarse, como la de seguros sobre la vida en alienados, etc.; pero nada hay digno de particular mención que referir, pues con lo antes expuesto basta para que el médico mismo pueda trazarse la línea de conducta y procedimiento que ha de seguir.

Peritaje médico legal frenopático

La serie de actos que el médico ejecuta para dictaminar acerca de la responsabilidad ó capacidad de un sujeto ó de los hechos que de estas circunstancias se originan, ya sea por mandato de autoridad judicial competente ó á petición de parte interesada, constituyen el peritäje, siendo en éstos el facultativo un perito ó sea un testigo autorizado y juramentado, que pone sus conocimientos científicos al servicio de la justicia, por lo general, para ilustrar á los magistrados de los tribunales en aquellos asuntos en que éstos carecen de los conocimientos especiales, comprendiéndose por lo expuesto que los jueces no vienen obligados á sujetarse á su dictamen ú opinión, aunque siempre deben tenerla en cuenta.

En términos generales, ya sea la autoridad judicial, ó bien la parte interesada, plantean al perito en forma de preguntas concretas, las cuestiones sobre las que desean dé aquél su dictamen, el cual, bien se emita por escrito ó verbalmente, considerando que lo pronuncia como representante de la ciencia, debe ser la expresión fiel de la verdad, tal como lealmente la entienda, sin atender á otro orden de consideraciones, que podrán ser muy

plausibles, pero que, en este caso, quitarían autoridad á la opinión del perito. En el dictamen hay que prescindir de críticas de la ley y de prejuicios de escuela á que algunos se hallan inclinados, desconociendo ú olvidando la verdadera misión del facultativo, empleando para ello un lenguaje severo, claro y conciso, así como debe tener presente que es llamado á ilustrar con su testimonio técnico, tanto más autorizado, repetimos, cuanta más imparcialidad y conocimiento del asunto se refleje en él.

Las preguntas que á este respecto se hacen pueden concretarse á las siguientes: ¿El autor del hecho goza de su plena razón? ¿En el momento de la realización del acto se encontraba en estado de locura ó de alienación mental? El problema que se plantea en el terreno médico, siempre se concreta á una cuestión diagnóstica, de la que si acaso se deducen las demás; dos géneros de consideraciones hay que atender: las que se refieren al acto y las que atañen á su autor.

En cuanto al acto, tales son á veces las circunstancias en que se ha realizado, que por sí solas bastan para concluir y afirmar que se debe á un alienado; pero en muchísimos casos no son tan explícitas. Los principales caracteres que en general bastan para cuando menos hacer sospechar que un hecho criminal es debido á un enfermo de la mente, son: desproporción entre la causa y el efecto; manera especial cómo se ejecuta; ausencia de precauciones para eludir la responsabilidad, y, por último, escasa ó ninguna utilidad que del mismo se consigue. Con todo, lo primordial es el estudio particular del individuo.

Los medios que hay para adquirir los datos y conocimientos necesarios para llevar á cabo el peritaje médico-legal, son tres: investigación, interrogatorio y observación detenida.

La *investigación* ha de ser tal, que procure el mayor número de datos referente al alienado y á su afección mental; los antecedentes hereditarios, su género de vida, ocupaciones, hábitos y costumbres, es decir, toda su existencia hasta la explosión de la

locura; cuáles pueden haber sido las causas de ella, así próximas como remotas, su principio, síntomas, marcha y evolución de la dolencia, ó sea todas aquellas particularidades, que nos puedan dar á conoçer el sujeto así física como psíquicamente. El acto que motiva el peritaje debe ser conocido en todos sus detalles.

La habitación y el domicilio del alienado es muy conveniente en muchos casos, que sean debidamente inspeccionados, pues podrán proporcionarnos gran número de datos de inapreciable valor. Asimismo deben estudiarse los documentos y escritos del enfermo, y un resumen de los autos, en lo que sea posible, pues en todo ello bien examinado se encontrarán hechos, que nos darán gran luz y facilitarán la misión del perito.

Una vez en posesión de todas las nociones que la investigación nos haya proporcionado, pasaremos al *interrogatorio* del alienado, pués haciéndolo después de aquélla, los datos por la misma adquiridos facilitarán la tarea evitando tanteos ó vacilaciones y procederemos así con más método.

En primer término hay que granjearse la confianza del alienado, presentándose ante él afablemente, sin alarde de autoridad, ni con aire solemne, para así disipar sus temores y lograr que fije su atención en nuestras preguntas; como se comprende, hay que proceder con tacto y habilidad. Las preguntas deben hacerse con claridad y al alcance del nivel intelectual del interrogado, en lenguaje desprovisto de pretensiones y preciso, siendo indispensable que además se exprese el facultativo con relativa dulzura y amabilidad para lograr la expansión del ánimo del alienado, otras veces con firmeza en la frase y apelando en algunas ocasiones hasta á la intimidación y el temor, pero, repetimos, todo ello es cuestión de tacto y oportunidad. Conviene, que el interrogatorio se haga en los períodos agudos ó cuando existen los accesos, pues si se tratase de una locura periódica ó intermitente, podríamos llegar á una conclusión errónea.

Siempre, pero especialmente en los últimos casos que acabamos de citar, es necesario y conveniente, que se completen los conocimientos por la *observación* directa y detenida del enfermo. Practíquese ésta, ya sea en su domicilio, en el lugar donde esté detenido ó mejor en un asilo de alienados, donde hay personal experimentado que puede ayudar; el enfermo, entregado á sí mismo, un momento ú otro abandonará la máscara con que se habrá ocultado, ó faltándole el dominio necesario, manifestará su verdadera situación, y siendo constantes llegaremos á poder precisar la realidad ó no de la alienación mental, puesto que por tal medio comprobaremos su estado mental y físico, su aspecto exterior, gestos, fisonomía, actitudes, etc., diagnosticándose así aquellos casos complicados que llegan á agobiar y preocupar al perito.

Terminadas la investigación, el interrogatorio y la observación, y reunidos por tanto todos los datos necesarios será cuando el médico podrá cumplir su peritaje y dar su opinión imparcial é ilustrada.

Hay tres circunstancias particulares que complican la misión del perito y pueden inducirle á error, por lo que nos ocuparemos de ellas, siquiera sea ligeramente, y son: la locura disimulada, la simulada y la pretextada.

Locura disimulada. — Los enfermos de delirio parcial sistematizado, y en especial los perseguidos es muy frecuente que disimulen su trastorno mental, ya que conservando cierta integridad intelectual ésta les ayuda para ello; así es, que con gran sagacidad eluden toda alusión á su locura y evaden contestar á cuantas preguntas se les hacen. Aquí el interrogatorio no daría ningún resultado, por lo que, la observación atenta y escrupulosa es la que nos aportará más datos, sobre todo en aquellos instantes en que el enfermo se cree solo y que no es visto, en los que se entrega á las expansiones motivadas por su delirio y alucinaciones, gesticula, habla solo y exterioriza su preocupación; esto unido á lo que nos refiera su familia, parientes, amigos y

cuantos habrá quizás mortificado con sus reclamaciones y protestas.

Hay que tener en cuenta, lo que hemos dicho varias veces ya, esto es, que algunos alienados, como ciertos melancólicos, aun acusándose de delitos reales ó imaginarios, que á lo más pretenden explicar, niegan y ocultan su trastorno mental.

Locura simulada. — Es uno de los subterfugios á que más comúnmente apelan aquellos que quieren eludir una obligación ó deber legal penoso ó bien la responsabilidad contraída por la comisión de un crimen ó un delito que han realizado. Hemos de dejar sentado, que aunque otra cosa parezca, es tarea más difícil de lo que se supone la simulación de la locura, por las razones que veremos, al ocuparnos de los procedimientos que se emplean para lograrlo.

Siguiendo á TARDIEU (1) en este estudio, nos encontramos con que no todas las formas de psicosis son susceptibles de simularse, habiendo algunas que aparentan serlo más fácilmente, por lo que las escogen, los que acuden á este subterfugio. La manía aguda, por su locuacidad, agitación y desorden, es, de las que tienen la preferencia en la elección, junto con la demencia, cuya amnesia y pérdida de las facultades psíquicas parece no ser difícil de imitar; el estupor melancólico por su mutismo é inercia, y las locuras parciales por lo limitado de su cuadro sintomatológico se encuentran también frecuentemente en estos casos; la locura alcohólica con sus alucinaciones terroríficas y de un modo particular la locura epiléptica con sus ataques clásicos de gran mal se observan bastantes veces. Algunos individuos que han estado en manicomios, aprovechan la experiencia adquirida para así imitar mejor el trastorno mental.

Tan difícil creemos que es simular la locura, que hasta un médico que la hubiese estudiado y que hubiera observado ade-

(1) *Estudio médico-legal de la Locura*, por A. TARDIEU, traducido de la 2.ª edición francesa, por DR. PRUDENCIO SEREÑANA, Barcelona y Madrid, 1883.

más los alienados recluídos en un asilo, pensamos que no lo lograría, como no fuera en contadísimos casos; creyendo que todos los actos de los locos son absurdos y extravagantes y su lenguaje incoordinado é incoherente, hay tendencia á exagerar la sintomatología dando con ello una parodia afectada é inverosímil; contestando á lo que se pregunta de un modo absurdo, como si no entendieran lo que se les dice; gesticulando y accionando de una manera ridícula é inmoderada, siendo así que, por el contrario, el verdadero alienado, aun el más exaltado, comprende lo que se le dice y si no contesta correctamente, siempre hay alguna palabra ó frase que se relaciona con lo que se le ha interrogado, pues se trata de un enfermo en el que la dolencia se desarrolla de un modo regular y lógico según la forma morbosa que le afecta, mientras que en el simulador en toda su manera de proceder se manifiesta patente la intención de engañar y calculadamente recarga el cuadro de síntomas.

Pero además de la exageración hay otro hecho que mencionar, que es la falta de exactitud en el cuadro clínico que se simula, que no corresponde perfectamente al de la psicosis elegida, pues faltan síntomas característicos, que rara vez dejan de observarse y en su lugar se encuentran otros impropios y contradictorios. Lo mismo sucede con la marcha y evolución de la dolencia, pues por lo común se mantiene invariable en su actitud el simulador, ó si cambia no lo efectúa en la sucesión regular de las etapas que presenta la locura fingida cuando es real, mientras que se le observan cambios, según se cree ó no objeto de vigilancia ó según le conviene variar.

Si es una locura parcial la que se ha escogido, es casi imposible sostener el engaño mucho tiempo sin incurrir en contradicciones; cuando piensan que se les da crédito, exageran su proceder, y si se les interroga en una dirección dada, se inclinan á ella dando así á conocer su simulación.

Conocidas las formas de psicosis escogidas y la manera de

imitarlas por los impostores, veamos por qué medios pueden descubrirse. Según TARDIEU no hay un método especial para lograrlo, aunque sí ciertas reglas que facilitan dicha tarea; la primera es no sentar ninguna conclusión sino después de una observación prolongada, repetida, casi incesante, hecha sino directamente, auxiliado por personas prácticas y familiarizadas con los locos, por lo que conviene que esto se lleve á cabo en un manicomio, donde la vista y contacto con los otros alienados puede hacer que varíe de procedimientos, con lo que se descubre, ó que asustado de lo difícil de su papel desista de la simulación.

Se ha recomendado el rigor y la represión contra el sujeto sospechoso empleándose para ello el cloroformo, vejigatorios, moxas, cauterizaciones, duchas, etc., medios siempre llenos de peligros dolorosos, por lo que, con el mismo TARDIEU y otros, creemos deben rechazarse, y en su lugar echar mano de otros medios que no sean inhumanos y si inofensivos, como la reclusión en el departamento de los sucios ó de los agitados ó administrar alguna medicina aparente con una substancia desagradable, etc.

Pero en suma, la habilidad y sagacidad del médico le sugerirán infinidad de recursos para lograr su objeto. Rigorizando la observación, vigilando incesantemente día y noche; con interrogatorios repetidos; adormeciendo la confianza del individuo, sujetándole á mil y mil pruebas, examinando sus escritos, etc.; he aquí diversos medios que, bien empleados, darán resultado muchas veces.

El examen de las funciones físicas ó somáticas es de altísima importancia por la dificultad de simular los síntomas que presentan, cosa que es imposible muchas veces. El insomnio tan frecuente en los verdaderos alienados, mientras que en estos casos aprovechan cuantos instantes pueden para entregarse al sueño, que es profundo y llega hasta vencerlos, pudiéndose pro-

bar, durante el tiempo de transición á la vigilia, de sorprender al simulador por la confusión de ideas propia de aquel momento; la analgesia, común en algunas psicosis, y las irregularidades y caprichos en el apetito que ofrecen los enajenados y faltan en los falsos locos, así como el estreñimiento, los desórdenes de la motilidad, de la respiración y circulación, etc., que se encuentran en las locuras generalizadas, como verbi gratia en el melancólico, la lentitud del pulso y respiración, edema, cianosis y enfriamiento de las extremidades inferiores y otros; todo ello imposible de imitar y que nos informará, por tanto, sobre la realidad ó falsedad de la alienación mental; pudiéndose, por otra parte, echar mano de instrumentos (el termómetro y el esfigmógrafo), como lo hace A. VOISIN para la epilepsia simulada.

El Dr. LAURENT da gran valor á la observación de la mirada, que en el simulador, dice que «es furtiva, móvil, cazurra. La fisonomía señala un estado forzado, un contraste chocante y significativo. El criminal simulador no logrará dar á su mirada la expresión extraviada y excitada propia del maníaco. En ella sólo se reconoce el descaro y no la aberración de espíritu. Tampoco conseguirá reproducir la expresión verdaderamente indiferente, abatida, del demente, del paralítico; fija, del estúpido; soberbia y orgullosa, del monomaníaco, etc. No sabrá disimular la atención que fija en todas las palabras y en los movimientos todos de aquel á quien sabe encargado de escudriñar sus discursos y sus gestos; y muy á menudo baja los ojos, desconfiando de la expresión que su mirada puede delatar.»

No hay que olvidar lo que ya hemos manifestado antes, esto es, que el verdadero loco más bien disimula su dolencia, cuando no la niega y protesta de que se le atribuya; á la par que el simulador exagera su estado con objeto de hacer resaltar su alienación.

Antes de terminar este asunto hay que citar algunas particularidades, que deben tenerse presentes en todos estos casos

de peritaje, y son: la locura puede aparecer más ó menos inmediatamente después del acto criminal y hasta con motivo de la impresión por él mismo producida, y, sin embargo, haberse cometido el crimen en estado sano; además, algunas alienaciones por su evolución natural cambian de forma ó de expresión, como la locura circular, y de no considerar esto, podría atribuirse el cambio á supercherία del enfermo; algunos alienados han llevado á cabo un hecho punible, intentando entonces simular una psicosis distinta de la que realmente tenían, como se observó en el concluyente caso de un perseguido que cita el Dr. GALCERÁN en una nota de la traducción de la obra citada de TARDIEU, que intentó imitar una imbecilidad para eludir una imaginaria persecución de la justicia; y por último, es digno de mención, el hecho de la influencia nociva que ejerce la simulación sobre las facultades intelectuales del sujeto, á poco que se prolongue, llegando hasta perturbarse más ó menos, en términos, que los simuladores descubiertos afirman el temor que han tenido de volverse realmente locos y que no repetirían tal suplicio aun á trueque de salvar la vida.

Locura pretextada.—En este caso trátase de sujetos que han cometido un acto punible y que en manera alguna pretenden pasar por locos ó simular una alienación mental, pero bien ellos, ó su abogado ó una persona de su familia ó amiga, aseveran que en el momento del hecho había perdido la razón, ó sufría un ataque de delirio ó una alucinación. El examen detenido de las circunstancias que han precedido, acompañado ó seguido al acto reprensible, proporciona datos de gran valor para resolver el problema, á la par que tales trastornos mentales súbitos y transitorios son raros en los sujetos de razón sana y suelen presentarse sobre todo en los casos de predisposición hereditaria, de incubación de la locura, de neurosis (como epilepsia larvada), ó de lesiones orgánicas encefálicas, etc., cosas todas que hay que investigar.

En el período prodrómico de las psicosis pueden cometerse acciones que caen bajo el dominio del Código penal; la manera cómo se nos presenta á la observación clínica tal etapa morbosa es variable, por lo que debe recordarse la dificultad que hay en reconocer dicho estado, para no declarar responsable á un individuo, al que la evolución natural de su dolencia nos pondría de manifiesto que era realmente un enfermo.

APÉNDICE I

Creemos importante el que sean conocidos por el médico los textos legales ó sea las disposiciones vigentes sobre los alienados en nuestro país, por lo que á continuación los copiaremos, tanto los referentes al Código penal como al Civil, así como el Real Decreto de 19 de Mayo de 1885, que reglamenta el ingreso y permanencia de los locos en los Asilos especiales.

DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES EN ESPAÑA, QUE TIENEN RELACIÓN CON LOS ALIENADOS (RESPONSABILIDAD, CAPACIDAD, ETC.).

CÓDIGO PENAL

TÍTULO I, CAPÍTULO II.—*De las circunstancias que eximen de responsabilidad criminal.*

ART.° 8.° No delinquen, y por consiguiente están exentos de responsabilidad criminal:

1.° El imbécil y el loco, á no ser que éste haya obrado en un intervalo de razón.

Cuando el imbécil ó el loco hubiere ejecutado un hecho que la ley calificare de delito grave, el Tribunal decretará su reclusión en uno de los hospitales destinados á los enfermos de aquella clase, del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo Tribunal.

Si la ley calificare de delito menos grave el hecho ejecutado por el imbécil ó el loco, el Tribunal, según las circunstancias

del hecho, practicará lo dispuesto en el párrafo anterior, ó entregará el imbécil ó loco á su familia, si ésta diese suficiente fianza de custodia.

2.º El menor de nueve años.

3.º El mayor de nueve años y menor de quince, á no ser que haya obrado con discernimiento.

El Tribunal hará declaración expresa sobre este punto, para imponerle pena ó declararle irresponsable.

Cuando el menor sea declarado irresponsable, en conformidad con lo que se establece en este número y en el que precede, será entregado á su familia, con encargo de vigilarle y educarle. A falta de persona que se encargue de su vigilancia y educación, será llevado á un establecimiento de beneficencia, destinado á la educación de huérfanos y desamparados, de donde no saldrá sino al tiempo y con las condiciones prescritas para los acogidos.

9.º El que obra violentado por una fuerza irresistible.

10. El que obra impulsado por miedo insuperable de un mal igual ó mayor.

TÍTULO I, CAPÍTULO III.—*De las circunstancias que atenúan la responsabilidad criminal.*

ART.º 9.º Son circunstancias atenuantes:

. . . .

2.ª La de ser el culpable menor de dieciocho años.

. . . .

6.ª La de ejecutar el hecho en estado de embriaguez, cuando ésta no fuere habitual ó posterior al proyecto de cometer el delito.

Los Tribunales resolverán, con vista de las circunstancias, de las personas y de los hechos, cuándo haya de considerarse habitual la embriaguez.

7.ª La de obrar por estímulos tan poderosos, que naturalmente hayan producido arrebato y obcecación.

8.ª Y últimamente, cualquiera otra circunstancia de igual entidad y análoga á las anteriores.

El artículo 19, del Título II, capítulo II, declara que la exención de la responsabilidad criminal, que señala el artículo 8.º, no se extiende á la responsabilidad civil, á la que quedan sujetos los que están comprendidos en aquel beneficio.

El artículo 101, título III, capítulo V, sección primera, dispone que, si después de pronunciada la sentencia firme, el reo se volviese loco ó imbécil, se suspenderá la ejecución de aquélla en la parte personal, para cumplirla al recobrar el juicio á no ser que hubiese prescrito la pena. Análogas disposiciones se observarán, si cumpliendo la sentencia, sobreviniese la locura ó imbecilidad al reo.

LEY DE ENJUICIAMIENTO CRIMINAL

Título IV, Capítulo III:

El artículo 380, aparte de otras disposiciones, prescribe que el Juez nombrará á dos Profesores de instrucción y al Médico forense ó el que haga sus veces para que dictaminen, después de examinado, si el procesado mayor de nueve años y menor de quince obró con discernimiento.

El artículo 381, dispone que, si el Juez observase indicios de alienación mental en el procesado, ordene que los Médicos forenses le observen en el establecimiento, en que esté preso, ó en otro público si es más conveniente ó estuviese en libertad, y emitan su informe.

CÓDIGO CIVIL

LIBRO PRIMERO, TÍTULO II, CAPÍTULO PRIMERO.—*De las personas naturales.*

ART.º 32. . . . .

La menor edad, la demencia ó la imbecilidad, la sordomudez, la prodigalidad y la interdicción civil no son más que restricciones de la personalidad jurídica. Los que se hallaren en alguno de esos estados son susceptibles de derechos, y aun de obligaciones cuando éstas nacen de los hechos ó de relaciones entre los bienes del incapacitado y un tercero.

LIBRO PRIMERO, TÍTULO IV, CAPÍTULO III.—*Del matrimonio civil.*—SECCIÓN PRIMERA.—*De la capacidad de los contrayentes.*

ART.º 83. No pueden contraer matrimonio:

. . . .

2.º Los que no estuvieren en el pleno ejercicio de su razón al tiempo de contraer matrimonio.

LIBRO PRIMERO, TÍTULO IX.—*De la tutela.*—CAPÍTULO PRIMERO.—*Disposiciones generales.*

ART.º 200. Están sujetos á tutela:

. . . .

2.º Los locos ó dementes, aunque tengan intervalos lúcidos, y los sordo-mudos que no sepan leer y escribir.

El artículo 213 ordena que antes de nombrar tutor á los locos, dementes y sordo-mudos mayores de edad, ha de procederse á la declaración de incapacitación para administrar sus bienes.

Los artículos 214 al 220 señalan quiénes, cuándo y en qué forma se pedirá la declaración de incapacidad.

LIBRO TERCERO, TÍTULO III, CAPÍTULO PRIMERO, SECCIÓN PRIMERA.—*De la capacidad para disponer testamento.*

ART.º 663. Están incapacitados para testar:

. . . .

2.º El que habitual ó accidentalmente no se hallare en su cabal juicio.

ART.º 665. Siempre que el demente pretenda hacer testamento en un intervalo lúcido, designará el Notario dos Facultativos que previamente le reconozcan, y no lo otorgará sino cuando éstos respondan de su capacidad, debiendo dar fe de su dictamen en el testamento, que suscribirán los Facultativos, además de los testigos.

ART.º 666. Para apreciar la capacidad del testador se atenderá únicamente al estado en que se halle al tiempo de otorgar el testamento.

LIBRO III, TÍTULO III, CAPÍTULO PRIMERO, SECCIÓN TERCERA. —*De la forma de los testamentos.*

ART.º 681. No podrán ser testigos en los testamentos:

. . . .

6.º Los que no estén en su sano juicio.

Según el artículo 1246, en la prueba de testigos, son inhábiles por incapacidad natural los locos ó dementes (caso 1.º).

LIBRO CUARTO, TÍTULO II, CAPÍTULO II, SECCIÓN PRIMERA.— *Del consentimiento* (en los contratos).—

ART.º 1263. No pueden prestar consentimiento.

. . . .

2.º Los locos ó dementes y los sordo-mudos que no sepan escribir.

OBSERVACIÓN.—Para la transcripción de las prescripciones legales vigentes en España, que hemos copiado, nos han servido de guía, utilísimo, las notas que con suma galantería nos proporcionó, nuestro estimado amigo el ilustrado letrado don José Urdaniz.

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

EXPOSICIÓN

SEÑOR: Desde que por prescripción de la ley se encargó al Gobierno de los Asilos de dementes declarados establecimientos de Beneficencia general, cuidó de estatuir en los reglamentos la conveniente limitación para garantizar en cierto modo la seguridad individual, no consintiendo la reglamentación de ningún alienado sin previa información hecha ante el Juez competente para justificar el padecimiento y la conveniencia ó necesidad de conceder la clausura del enfermo.

Desgraciadamente desde que se publicó la ley de Beneficencia de 20 de Junio de 1849, y el Reglamento para su ejecución de 14 de Mayo de 1852, el Gobierno no ha podido crear, dada la situación angustiosa del Tesoro público, más hospitales de

dementes de carácter general que el que existe en Leganés bajo la denominación de Santa Isabel, insuficiente para albergar el crecido número de alienados que hay en España.

De aquí que las Diputaciones provinciales, los Ayuntamientos y los particulares tengan á su cargo un gran número de locos que entran en reclusión sin ninguna garantía eficaz de seguridad individual. Y de aquí también que se promuevan con frecuencia litigios y aun procedimientos criminales, por haber recluído sin razón y con fines que atentan á la moral, á personas no declaradas judicialmente en estado de demencia.

Por estas razones, y en la imposibilidad de que el Estado se haga cargo de todos los hospitales de dementes, el Gobierno anterior, así como el actual, creyó que se estaba en el caso de publicar una disposición de carácter general para garantizar esa dicha seguridad individual, dando en tan delicado y grave asunto la debida intervención á los Tribunales de justicia, y sujetando á los establecimientos provinciales, municipales y particulares á las mismas reglas de precaución que se observan en el manicomio que corre á cargo del Estado.

Para tomar ese importante acuerdo se ha oído la ilustrada opinión del Real Consejo de Sanidad, de la Real Academia de Medicina y de las secciones de Gobernación y de Estado y Gracia y Justicia, del Consejo de Estado, y el Ministro que suscribe, de acuerdo con el Consejo de Ministros y con los dictámenes emitidos por las indicadas corporaciones, tiene la honra de proponer á V. M. el siguiente decreto.

Madrid 19 de Mayo de 1885.—Señor: A. L. R. P. de V. M., FRANCISCO ROMERO ROBLEDO.

REAL DECRETO

De conformidad con lo que, de acuerdo con el Consejo de Ministros, me ha propuesto el de la Gobernación, oído el Real

Consejo de Sanidad, la Real Academia de Medicina y las secciones de Gobernación y de Estado y Gracia y Justicia del Consejo de Estado,

Vengo en decretar lo siguiente:

ARTÍCULO PRIMERO. La hospitalidad á los dementes se concederá en dos términos.

1.° De observación.

2.° De reclusión definitiva.

ART. 2.° En ningún caso serán admitidos dementes en observación en los establecimientos de Beneficencia general, pero podrán ingresar, con las formalidades que establece este decreto, en los provinciales, municipales y particulares.

ART. 3.° Para que un presunto alienado pueda ser admitido en observación, será preciso que lo solicite el pariente más inmediato del enfermo, justificando la necesidad ó conveniencia de la reclusión por medio de un certificado expedido por dos Doctores ó Licenciados en medicina, visado por el Subdelegado de esta Facultad en el distrito é informado por el Alcalde.

Estas solicitudes deberán presentarse á la Diputación provincial, si el establecimiento pertenece á la provincia, y al Ayuntamiento si es municipal.

Las Diputaciones provinciales y los Ayuntamientos cuidarán de habilitar un local con las convenientes condiciones para recluir á los dementes en observación, donde puedan permanecer hasta que se les conduzca á un manicomio en clase de reclusos permanentes.

En los establecimientos particulares la admisión se sujetará á lo que determinen los reglamentos especiales que previamente deberá aprobar el Gobierno; pero siempre previa la presentación de los documentos de que habla este decreto.

Los Profesores de medicina que expidan la certificación expresiva del estado del enfermo no podrán ser parientes dentro del cuarto grado civil de la persona que formule la petición, del

director administrativo, ni de ninguno de los Facultativos del establecimiento en que deba efectuarse la observación.

Cuando la observación haya de hacerse en casa particular, los Médicos que expidan la certificación no podrán tampoco ser parientes dentro del mismo grado del propietario ó propietarios del establecimiento.

Los Directores de los establecimientos tienen la obligación de dar conocimiento al Gobernador de la provincia respectiva ó al Alcalde, según esté el manicomio en la capital de la provincia ó en uno de sus pueblos, en el preciso término de tres horas, á contar desde el momento del ingreso del presunto alienado, expresando el nombre y naturaleza de éste, el de la persona que haya solicitado su admisión y el nombre de los Facultativos que hayan certificado acerca de la necesidad ó conveniencia de recluir al enfermo.

ART. 4.° La observación, sin más requisitos que los ya expresados, sólo podrá ser consentida una vez; y si en cualquier tiempo la persona que haya estado sujeta á ella presentase de nuevo síntomas de demencia, será indispensable, para volverla á someter á observación, instruir el oportuno expediente judicial.

ART. 5.° El ingreso en observación de dementes, en la forma establecida, no podrá tener efecto sino en casos de verdadera y notoria urgencia, declarados así en los informes del Alcalde y Subdelegado de medicina. Mientras el presunto demente pueda permanecer en su casa sin peligro para los individuos de la familia, sin causar molestias excesivas á personas que vivan en las habitaciones contiguas, ó sin perjuicio evidente para la salud del mismo pariente, no podrá ser recluído, á menos que lo acuerde el Juzgado de primera instancia respectivo, previa la instrucción del oportuno expediente.

ART. 6.° Tan luego como un enfermo ingrese en un establecimiento deberá incoarse, bien por la familia, ó de oficio en caso de que el presunto alienado carezca de parientes, ó en el de

que éstos se hallen ausentes, el expediente judicial para la reclusión definitiva, á fin de que, espirado el plazo de tres meses, ó de seis en casos dudosos, se expida por el Facultativo ó Facultativos del manicomio en que la observación tuviere lugar el oportuno certificado informativo.

Este certificado deberá ser entregado á la persona que solicitó la clausura del demente el mismo día que termine dicho plazo, para que inmediatamente pueda ser presentado al Juzgado, el cual á su vez habrá de dictar la resolución que proceda dentro de las veinticuatro horas siguientes.

ART. 7.° Para la admisión definitiva de un demente será preciso expediente instruído ante el Juez de primera instancia, en el cual se justifique la enfermedad y la necesidad ó conveniencia de la reclusión del alienado.

ART. 8.° Las peticiones, tanto de observación como de ingreso definitivo en un hospital, deberán hacerse por el pariente más inmediato del demente, ó de oficio si se trata de una persona que carezca de familia, se halle lejos ó separado de ésta. En los expedientes de reclusión se oirá precisamente á los parientes, emplazándolos por el término de un mes, pasado el cual se resolverá, con ó sin audiencia, si no hubiesen comparecido.

ART. 9.° Los procesados por los Tribunales que sean declarados dementes y mandados recluir serán admitidos en los establecimientos á petición de la autoridad correspondiente, previa la remisión de testimonio del tanto de la condena.

Para estos alienados se destinará en los manicomios un departamento separado que reuna las convenientes condiciones de seguridad.

ART. 10. Los particulares ó asociaciones que sostengan ó funden un establecimiento con destino á albergue de dementes deberán someter á la aprobación del Gobierno sus respectivos reglamentos, y funcionarán con arreglo á lo que en ellos se establezca.

Esta obligación se hace extensiva á los que en la actualidad tengan establecidos manicomios ó casas de salud.

ART. 11. Los particulares que sin tener establecido hospital de dementes se hagan cargo de éstos para atender á su cuidado y curación deberán siempre noticiarlo al Gobernador ó Alcalde, si no residiesen en la capital de la provincia, dentro del preciso término de veinticuatro horas, contadas desde la admisión del alienado, y quedarán sujetos á la responsabilidad que marca el Código penal si incurriesen en falta ó delito por secuestro inmotivado ó cualquiera otra causa, respondiendo asimismo de los daños que produzcan los dementes por razón de abandono ó negligencia en la custodia de los mismos.

ART. 12. La alta inspección de los asilos de dementes, de cualquier caso y grado que sean, corresponde al Ministro de la Gobernación y Director general de Beneficencia y Sanidad, y en representación de éstos al funcionario en quienes deleguen.

Los Gobernadores civiles de provincia, por sí ó por medio de delegados idóneos, la Autoridad local y Subdelegados de medicina vigilarán constantemente los establecimientos de dementes, siendo facultad de los primeros corregir inmediatamente las faltas que observen, poniendo en conocimiento de los Tribunales las que á su juicio revistan carácter de delito.

Para estos mismos efectos, así los Alcaldes como los Subdelegados de medicina deberán dar cuenta al Gobernador respectivo de lo que hayan observado y merezca ser corregido, en el mismo día en que practiquen las visitas. Se cuidará de que en los establecimientos y casas particulares de salud no se tenga noticia anticipada de las mencionadas visitas.

Estas inspecciones deben hacerse con la frecuencia posible por las Autoridades gubernativas. Los Subdelegados de medicina las practicarán por lo menos una vez al mes, si el manicomio ó casa particular se halla situado dentro del término municipal del

punto de su residencia, y cada trimestre si está fuera de dicho término.

ART. 13. Los Directores de los manicomios no oficiales y los de casas particulares de curación deberán dar conocimiento al Gobernador ó al Alcalde, según los casos, en el término de veinticuatro horas, de la salida de los enfermos que tuviesen á su cuidado, con expresión de la causa que lo motive, cualquiera que sea ésta.

ART. 14. En las casas de curación no podrá haber más de cuatro enfermos; y los particulares que quieran albergar á mayor número de alienados tendrán que cumplir, para obtener el correspondiente permiso, con la obligación impuesta en este decreto de presentar sus reglamentos á la aprobación del Gobierno.

ART. 15. Corresponde al Ministro de la Gobernación autorizar la reclusión de los individuos del ejército á quienes por haber perdido la razón se expida la licencia absoluta, puesto que, cesando respecto de ellos la jurisdicción de guerra, adquieren las familias de los enfermos el derecho de curatela, y quedan sujetos, por lo tanto, para su admisión en los manicomios á los mismos trámites establecidos por la jurisdicción civil.

En el caso de carecer de parientes á quienes pueda entregarlas la Autoridad militar, lo hará ésta á los Gobernadores civiles á Alcaldes, á los efectos marcados en este decreto, y que se relacionan con los dementes abandonados; pero siempre acompañando testimonio de la providencia en virtud de la cual fueron declarados dementes.

ART. 16. Será indispensable observar lo dispuesto en este decreto para recluir en un manicomio á los individuos del ejército que padezcan enajenación mental, aun cuando por esta causa no se les expida la licencia absoluta, sin perjuicio de que, en caso de recobrar la razón, vuelvan al ejército si les corresponde y reunan las condiciones reglamentarias para ello.

ARTÍCULO ADICIONAL

En el término de un mes, á contar desde la publicación de este decreto, los dueños de los manicomios particulares deberán presentar en el ministerio de la Gobernación, Director general de Beneficencia y Sanidad, por conducto del Gobernador de la provincia en que estén situados los establecimientos, sus respectivos reglamentos, para que sobre ellos recaiga la debida aprobación. A dichos reglamentos acompañarán una relación detallada de los enfermos que tengan á su cuidado con todos los antecedentes de la dolencia que sufren, fecha de ingreso en el asilo, nombre de las personas que pidieron el ingreso y que satisfacen las pensiones.

Las casas de salud presentarán en el mismo plazo la relación indicada en el párrafo anterior.

Estos documentos se presentarán por duplicado.

Dado en Palacio á 19 de Mayo de 1885. — ALFONSO. — El ministro de la Gobernación, FRANCISCO ROMERO ROBLEDO.

(*Gaceta* del 21 de Mayo de 1885).

REAL ORDEN

EXCMO. SEÑOR: Dada cuenta á S. M. el Rey (Q. D. G.) de la comunicación de V. E., fecha 12 del actual, remitiendo copia de la que había recibido el día anterior del Vicepresidente de la Comisión provincial, solicitando que por este Ministerio se resolvieran las dudas que se ofrecían á la misma para el cumplimiento de las disposiciones contenidas en el Real decreto de 19 de Mayo próximo pasado, dictando reglas acerca de la reclusión y observación de dementes; y de conformidad con lo informado por la Dirección general de Beneficencia y Sanidad, se ha dig-

nado mandar que para el cumplimiento del Real decreto citado se tengan en cuenta, tanto por la Diputación provincial de Madrid, como por las demás Corporaciones y Autoridades que hayan de intervenir en los acuerdos de observación y reclusión de alienados, las aclaraciones siguientes:

PRIMERA. Que el Real decreto de 19 de Mayo ya citado, en cuanto pueda relacionarse con el pago de estancias de dementes sujetos á observación ó reclusión, no ha introducido alteración alguna en las disposiciones que rigen en la actualidad, ni reformado en lo más mínimo lo que toca al lugar ó asilo en que deban ser recogidos los alienados, después de acordada la reclusión definitiva.

SEGUNDA. Que respecto de los dementes que existían recluídos antes de la publicación del Real decreto de 19 de Mayo, deben instruirse los oportunos expedientes en la forma que el mismo determina, y con la brevedad posible para legalizar la situación de los mismos: que cuando los enfermos sujetos á observación no puedan ser asilados en los establecimientos provinciales ó municipales de la capital ó pueblos á que correspondan, se trasladen á otros ó á manicomios particulares, bajo la responsabilidad y por cuenta de las familias de los mismos, si la tuvieren y fueran pudientes, y en su defecto por cuenta de la provincia, en la forma que establecen la Ley de 20 de Junio de 1849 y Reglamento de 14 de Mayo de 1852.

TERCERA. Que cuando un presunto demente que carezca de familia ó de representación legal fuese hallado en la vía pública ó en su domicilio, dando motivo con su libertad á algún peligro inminente en evitación del cual la Autoridad estime que su reclusión es absolutamente necesaria y urgente, podrá ésta acordarse en el acto por el Gobernador ó el Alcalde, según los casos, sin perjuicio de disponer que en el preciso término de veinticuatro horas se cumplan las formalidades estatuídas en los artículos 3.°, 5.° y 8.° del Real decreto de 19 de Mayo último.

Cuarta. Que cuando en algún enfermo albergado en un Hospital provincial ó municipal se declaren ó presenten síntomas de una afección mental, deberá el Jefe del establecimiento dar cuenta á la Autoridad correspondiente para que se instruya el oportuno expediente en los términos marcados en el art. 3.º del mencionado Real decreto.

Quinta. Que si terminado el plazo legal de la observación de un presunto demente, la familia de éste no acudiese al Juzgado en la forma que expresa el art. 6.º, ó se opusiere á la reclusión, deberá promover el expediente el Alcalde ó el Gobernador, de oficio, y los Tribunales resolverán si procede la clausura definitiva del enfermo, á menos que la familia, tutor ó curador del paciente se hagan cargo de su custodia y cuidado bajo las responsabilidades que establece el Código penal.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y fines consiguientes. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 20 de Junio de 1885.—Por delegación, el Subsecretario, F. M. Corbalán.

Sr. Gobernador de esta provincia.

(*Gaceta* del 13 de Junio de 1885).

APÉNDICE II

FORMULARIO DE DOCUMENTOS MÉDICO-LEGALES

NOTA.— En la forma en nada difieren los documentos frenopático-legales, de los demás médico-legales en general, sólo los diferencia la materia ó sujeto de que tratan; así es que aquí sólo transcribimos algunos ejemplos de dicha clase de escritos, copia de documentos originales, guardando el secreto de los nombres, para que se puedan formar nuestros lectores una idea de la manera y forma de redactar tales documentos.

Quien quiera profundizar esta materia puede consultar las obras siguientes: TARDIEU, *Estudio médico-legal de la locura*, y las de LEGRAND DU SAULLE sobre el estado mental, etc. de las histéricas, epilépticos y otros; los trabajos de BALL, BROUARDEL, LACASSAGNE, KAFFT-EBING, etc., y distintos informes que sobre causas célebres han publicado en España ESQUERDO, GALCERÁN y otros.

INFORME SOBRE EL ESTADO MENTAL DE UNA JOVEN, SUPUESTA ALIENADA

D. N. N..., etc..., y D. N. N..., etc...;

Requeridos por D.ª M. N. y N., para que examinaran su estado mental y emitiesen su correspondiente opinión, manifiestan:

Que después de haber reconocido detenida y concienzudamente varias veces, juntos y de un modo individual, á dicha Srta. D.ª M. N. y N., á la que sujetaron á prolijo y minucioso interrogatorio, examinando una por una todas las facultades y manifestaciones del psiquismo, así como el funcionamiento somático de su organismo en lo que sobre aquél pudiera influír, han visto que dicha señorita expresa sus ideas en un lenguaje claro y preciso, con conceptos oportunos y pertinentes á la pregunta ó cuestión que se la plantea sin divagar y de un modo coordinado y coherente; que por lo expresado por ella, durante el curso de las conversaciones é interrogatorios, no han podido apreciar la menor idea ó trastorno delirante, así vago é indefinido como sistematizado. Que el funcionalismo de sus sentidos se efectúa de un modo normal é hígido sin sufrir desorden sensorial alguno, así de carácter alucinatorio, como bajo la forma de ilusiones en las múltiples modalidades que pueden revestir ambos fenómenos ó síntomas, esto es, que no padece ni alucinaciones, ni ilusiones.

Que los sentimientos por ella manifestados son los normales y propios de una joven de su sexo, edad y posición social sin haber podido notar en ella la menor anormalidad ó cosa alguna que pudiera indicar transformación morbosa de los mismos. Los

instintos ejercen su influencia en el funcionalismo de la economía de dicha señorita de un modo normal sin haberse podido comprobar estuvieran abolidos, exaltados ó perturbados, fuesen cuales fueren, incluso el de la conservación del individuo, uno de los que más frecuentemente se perturban en las enfermedades mentales.

Los actos se realizan también de un modo hígido, obedeciendo á una voluntad sana y algo enérgica, sin abulia ni hiperbulia; no habiéndose podido tener conocimiento de algún impulso irresistible de cualquier clase que fuese. Deben, los informantes, sin embargo, hacer notar aquí un acto que á primera vista y sin examinar atenta y minuciosamente los móviles que le determinaron y las circunstancias que concurrieron en su realización podría aparecer cuando menos extravagante. Nos referimos á la marcha de su casa de la dicha D.ª M. N. y N. en la forma que la realizó; pero si se tiene en cuenta que su deseo era evitar los malos tratamientos que según manifestación suya se le infligían; después de largo tiempo de meditarlo, así en lo que se refiere á la ejecución del acto, como en la manera de llevarlo á cabo, se decidió por efectuarlo del modo que lo hizo, puesto que, aparte de que de tal modo llamaba menos la atención, tenía más libertad de obrar en todos sus pasos, pasando así desapercibida; lo que explica de un modo cumplido y satisfactorio tal acto, del que y del aspecto que entonces debía tener, es la primera en reirse y burlarse la mencionada señorita, lo que no sucedería, á buen seguro, si el hecho tuviera carácter frenopático.

Considerada la esfera psíquica de un modo general en su funcionalismo, tampoco han podido observar los que suscriben ninguna alteración, así en el sentido de una excitación más ó menos graduada ó de una depresión en análoga forma. Su carácter se manifiesta franco, animado y algo expansivo, sin aparecer ni tendencia á la misantropía ni en contrario sino en un

justo medio, muy propio del sexo, edad, estado y condición social de D.ª M...

Es esta señorita de un temperamento linfático nervioso con predominio evidente de este último sistema; ha gozado siempre de buena salud, no habiendo podido, los que suscriben, adquirir ningún dato de herencia, tan importante en las enfermedades mentales, hasta un extremo tal, que rara vez falta dicho factor etiológico; tampoco han encontrado estigma alguno de degeneración á los que hoy día se da, y merecidamente, gran valor. Según ha referido la citada D.ª M. N. y por los datos que se han podido recoger de personas que los han presenciado, sufre dicha joven unos ataques histéricos de poca intensidad y bien sencillos en su cuadro sindrómico; estos ataques tienen en nuestro entender escasa ó nula significación, máxime si se atiende á cómo aparecieron la vez primera y cómo se han presentado después, sostenidos evidentemente por el estado de disgusto y ansiedad en que ha vivido dicha señorita por las disensiones que tenía con algún individuo de su familia.

Por todas las razones expuestas y que anteceden, creen los firmantes que D.ª M. N. y N. no padece trastorno, ni afección alguna mental, siendo por tanto innecesario, y además poco conveniente para su salud, su reclusión en un Manicomio.

Y á petición de la interesada D.ª M. N. y N. firman este informe en Barcelona, etc.

INFORME SOBRE LA VALIDEZ DE UN TESTAMENTO

Don J. B. y V., doctor en Medicina; don A. G. y G., Médico-Director del manicomio de S. B. de Ll., y Don J. M. V., médico Sub-Director del mismo establecimiento;

Consultados por Don G. B. acerca de la posibilidad de

aseverar el estado mental de Don H. G. y C., ya fallecido, mediante el examen de su hoja clínica, reunidos en junta han procedido al estudio de todos los extremos contenidos en el documento de referencia, después de lo cual consideran poder contestar con valiosos argumentos á la siguiente pregunta formulada por Don G. B:

«De los datos aducidos por el médico Don M. S. y M. en la hoja clínica expedida acerca del estado de salud física y mental de Don H. G. y C., ¿se deduce científicamente que este último sujeto se encontrara incapacitado mentalmente para el ejercicio de sus derechos civiles y particularmente para otorgar testamento y hacer contratos durante los tres últimos años de su vida?»

Del informe del Doctor S. se desprende que el Sr. G. padeció un estado pático sintetizado por los siguientes síntomas:

1.° Como antecedente personal hay un cambio de carácter del Sr. G., que se volvió retraído y desconfiado, encerrándose en voluntaria clausura, todo ello debido probablemente á decepciones políticas y desengaños.

2.° Como causa productora señala el Doctor S. la sospecha del abuso de las funciones genitales, y quizás también del café, cognac y tabaco.

3.° Los síntomas propios de la enfermedad que indica el médico observador son trastornos vasculares con dureza y flexuosidades de los vasos periféricos; disminución de la memoria, de la asociación de ideas y cuantitativa de la actividad psíquica; mal humor y carácter irritable; dolores de cabeza, alguna sordera; trastornos tróficos de la piel; debilidad muscular de los miembros, parálisis de la vejiga y recto, dificultad é inseguridad de los movimientos de la lengua y labios, determinando la muerte del sujeto una parálisis bronquial que produjo una asfixia lenta.

4.° El curso fué lento, de algunos años, sin exacerbaciones bruscas.

5.° Cree, pues, el Doctor S. que primero tuvo el Sr. G. una *degeneración vascular ateromatosa* que dió lugar, por último, al *reblandecimiento* ó *degeneración parenquimatosa cerebromedular*.

Ahora bien, ni de los antecedentes personales del Sr. G., ni de las causas productoras del mal, ni de los síntomas expuestos por el Doctor S., ni tampoco por la evolución, puede colegirse en modo alguno se tratara de un reblandecimiento cerebro-espinal, ni que durante la larga duración de la enfermedad dejara de estar en aptitud de ejercer sus derechos civiles y por tanto de otorgar testamento y de hacer contratos:

Pues, ni el cambio de carácter en el sentido de volverse retraído y desconfiado, así como el dejar de frecuentar el trato social indican en manera alguna morbosidad y por ende falta de aptitud para el ejercicio de los actos civiles y otorgar testamento, siendo todo ello tan evidente, que en el caso presente atribuye el Doctor S. tales cambios en el Sr. G. á decepciones y desengaños recibidos.

Igualmente carecen de valor como hechos productores de un trastorno psíquico los que refiere el Doctor S , pues no está probado que en el Sr. G. haya habido tal abuso de las funciones genitales y que éste y el de los alcohólicos, tabaco, etc. determinen siempre y de un modo fatal una afección de la mente.

El cuadro descrito por el Doctor S., ni en conjunto, ni considerando aisladamente cada uno de los síntomas, presenta nada que sea bastante característico y permita formular el diagnóstico de reblandecimiento cerebro-medular. La irritabilidad de carácter y el mal humor es achaque bastante común en los ancianos sin que indique nada morboso; igualmente la amnesia en cierto grado, y sobre todo para los hechos recientes, es muy común en

la edad senil. En cambio, y según se expresa en la historia clínica, la lucidez en las ideas y en el juicio era aparentemente normal, afirmando el tantas veces citado médico de cabecera que las contestaciones eran acertadas, realizándose las asociaciones de todas las ideas al parecer de un modo normal é hígido; en suma, á lo más había una disminución cuantitativa de la actividad psíquica, pero de ninguna manera cualitativa, hecho propio de la vejez normal.

Los síntomas somáticos ofrecidos por el Sr. G. muy poca significación tienen bajo el punto de vista de la capacidad mental; su conjunto hace sospechar si pudo tratarse de un caso de *parálisis labio-gloso-faringea,* entidad morbosa que en manera alguna supone en el que la padece incapacidad mental.

Por todas estas consideraciones entienden los firmantes que tanto los síntomas, como su evolución, sus causas y los antecedentes del sujeto no son tan característicos ni de tal naturaleza que permitan formular el diagnóstico de reblandecimiento cerebro-medular; pero aun admitiendo de un modo hipotético que el Sr. G. padeció tal enfermedad, tampoco por ello solo podría afirmarse que fuera incapaz para testar, pues esto sólo puede ocurrir en aquellos casos en que hubiese conducido al paciente á un estado de demencia ya algo graduada y en manera alguna, cuando se tratase de una simple disminución cuantitativa de las propiedades y funciones cerebrales sin trastorno modal, que es á lo más el estado en que podría encontrarse el Sr. G. en los últimos tiempos de su vida á causa de su avanzada edad.

A consecuencia de todo lo expuesto opinan los firmantes que el Sr. G. pudo conservar hasta lo último de su vida la aptitud mental suficiente para poder testar, contratar y administrar y en general para ejercer todos los actos civiles que implican capacidad mental.

Y para que conste á instancia de parte interesada expiden el presente en.........

INFORME SOBRE UN CASO DE LOCURA PARCIAL CRÓNICA, CON DELIRIO DE PERSECUCIÓN; PARRICIDIO.

Don N. N. y Don M. C., doctores en Medicina y Cirugía, con residencia en esta Ciudad:

En virtud á lo dispuesto por el M. Iltre. Sr. Juez de instrucción del partido de... para que informaran sobre el estado mental de F. G. y A. y manifestaran asimismo, si en el momento de la comisión del delito por que está procesado gozaba de su normalidad psíquica ó se hallaba bajo el dominio de una afección mental, han reconocido y examinado atentamente y repetidas veces al citado sujeto, enterándose además de los datos que se expresan en el extracto de los autos, que les ha sido comunicado.

En vista de todo ello pueden manifestar que F. G., después de cumplido el servicio de la armada, contrajo matrimonio, teniendo varios hijos; al cabo de algún tiempo pasó á Argelia, donde permaneció como unos dos años, sin apenas dar noticias suyas á su familia, hasta que regresó de nuevo á España, reuniéndose otra vez con su mujer é hijos. Durante su permanencia en Africa se le iniciaron la serie de trastornos, así psíquicos como somáticos, que por su evolución propia le han conducido al estado patológico que en la actualidad ofrece.

Primero fueron vagas é indecisas las molestias que sufría, sin que pudiera darse cuenta de que era lo que le pasaba y sólo sí de que se encontraba mal y presa de marcada tristeza. Fueron acentuándose las molestias en forma de alteraciones hiperestésicas de la sensibilidad, que traducía por pinchazos, sacudidas, etc.; además tuvo algunos desarreglos digestivos y por último trastornos sensoriales, en forma de alucinaciones é ilusiones acústicas y táctiles, principalmente. A la par que el síndrome que sucintamente y en sus rasgos más característicos se ha descrito,

presentáronse también desórdenes psíquicos; á la tristeza se unió el cambio de carácter, que se volvió receloso, huraño y desconfiado, perturbándose su inteligencia hasta tal término que interpretó su estado creyendo era víctima de una malevolencia y que le molestaban por medio de aparatos eléctricos; que había sido objeto de tentativas de envenenamiento y le habían dirigido insultos y amenazas.

Queriendo huir de sus desconocidos enemigos y poner término á tales molestias decidió volver á Denia, reunióse con su mujer é hijos, y por corto tiempo gozó de alguna calma y tranquilidad; pero sea por la evolución propia del mal y agravada la situación por la escasez de recursos pecuniarios, pronto volvieron á reaparecer, si habían desaparecido, los trastornos de toda índole, tanto somáticos como psíquicos, que antes presentara F. G., adquiriendo rápidamente mayor intensidad y gravedad, así como haciéndose más complejo el desorden delirante cuya sistematización se estableció. Sin poder darse cuenta, por su escasa ó nula cultura y desarrollo limitado de su inteligencia, de quiénes fueran los autores y causantes de su estado y el motivo ú objeto de tal conducta, empezó á creer que su mujer se había puesto de acuerdo con aquéllos y era la que entonces manejaba los aparatos con que le daban las descargas eléctricas y otros tormentos. Llegaron entonces á su mayor intensidad los trastornos hiperestésicos, al igual que las ilusiones y las alucinaciones varias que le atormentaban; de tal manera, que reaccionando contra los tormentos de que se creía ser víctima y queriendo poner término á ellos, una noche estando en cama, mientras dormía su mujer, acto seguido de sufrir una de sus pretendidas molestias eléctricas y de oir una voz insultante, debida á una alucinación acústica, pensando ser aquélla la autora de todo ello la disparó dos tiros, que la ocasionaron la muerte, y no satisfecho aún, la infirió varias heridas más con una faca.

Expuesto de un modo resumido la sintomatología del esta-

do de F. G. en estos últimos años, pero sin dejar de manifestar los más esenciales y característicos de los trastornos, así como el curso típico que en su desarrollo ha ofrecido el afecto del citado sujeto, son tanto aquélla como éste tan expresivos, tan claros y puede decirse patognomónicos, que los que suscriben no tienen la menor duda acerca de cuál ha sido el verdadero estado de F. G. desde bastante tiempo antes del hecho de autos, en el momento de éste y con posterioridad á él. Una locura parcial crónica, cuyo tema delirante era de persecución, ha sido la enfermedad mental que desde su estancia en Argelia ha sufrido F. G., evolucionando el mal de un modo progresivo y sin intermitencias desde su iniciación hasta el día de la fecha, pues no es de creer hubiera un período de intermitencia al principio de su vuelta á España, en los primeros tiempos de su estancia en Denia, pues dada la índole de dicha alienación mental y la manera como ha evolucionado en este caso, sólo puede admitirse que en tal época hubo una ligera calma, una menor intensidad del mal, pero sin desaparecer del todo ni mucho menos, adquiriendo de nuevo mayor gravedad y complejidad, siguiendo de este modo su evolución propia hasta el momento actual, en que está en todo su apogeo el delirio de persecución y á más algún destello megalománico.

Por todo lo expuesto los facultativos que suscriben, deben informar:

1.° Que F. G. y A. sufre una alienación mental, cuya forma es la de la *Locura parcial crónica con delirio de persecución*, desde antes de su regreso á España.

2.° Que en el momento de realizar la muerte de su mujer, se hallaba bajo el dominio de su enfermedad mental, y que el desorden psíquico consiguiente á ella fué el determinante de tal acto.

Lo que en virtud á lo mandado por el M. Iltre. Sr. Juez de instrucción del partido de... firman en...

DICTAMEN SOBRE LA INCAPACIDAD DE UNA DEGENERADA HEREDITARIA.—IMBECILIDAD DE 2.º GRADO.

Don N. V., Don N. M. y Don A. G., Doctores en Medicina con residencia en esta ciudad;

Declaran: que han reconocido varias veces el estado mental de D.ª A. S. y V., mayor de edad, de cuyo detenido examen, así como de los antecedentes recogidos, han adquirido el convencimiento de que dicha señora no ha alcanzado el completo desarrollo psíquico correspondiente á su edad, á causa de un defecto de evolución física de que adolece todo su organismo.

Apoyan este dictamen en los datos y razonamientos que á continuación se exponen:

Por la rama paterna es evidente que D.ª A. S. desciende de individuos francamente neurópatas; un tío sufrió accesos impulsivos, y su padre era un desequilibrado escrofuloso, transmitiendo en alto grado esta diátesis á su hija, que es raquítica.

Desde su niñez siempre fué su desarrollo inferior al que le correspondía por su edad, de salud delicada, con un nervosismo exagerado que le producía ataques nerviosos de desfallecimiento y angustia como presa de un agotamiento súbito unos, otros de carácter psico-sensorial, determinándole el convencimiento morboso de que le faltaba alguna parte de su cuerpo (ojos, boca, etc.) ó la totalidad de él—anestesias parciales y general—ocasionando esto la sitofobia ó resistencia á los alimentos; además, una excitación medular en forma de subsultos musculares. La menstruación fué tardía en su aparición, siendo como hoy dificultosa y acompañada de excitación genésica.

A pesar de haber concurrido al colegio desde edad temprana, su inteligencia ni se ha cultivado ni progresado, como tampoco ha perfeccionado su vida y sentido moral. Así ha llega-

do á su mayor edad en la situación psico-física que á grandes rasgos vamos á describir.

Todo su organismo refleja un carácter de infantilismo evidente y de degeneración atípica.

De estatura menor del promedio normal, desarrollo escaso y con huellas de raquitismo; su actitud es defectuosa por varias malformaciones del cuerpo; microcéfala; con los ojos hundidos, la mirada vaga, incierta y sin expresión; la cara en proporción mayor que el cráneo, los dientes defectuosos, las orejas deformadas, y todas las partes homólogas de la cabeza asimétricas, etc. Esto es, todos los estigmas físicos de los imbéciles.

Acompáñase esto de perturbaciones funcionales; las de orden sexual que ya se han referido; obtusión de los sentidos, en particular el oído; la sensiblidad orgánica perturbada observándose periódicamente las acenestesias descritas acompañadas de trastornos angustiosos y delirantes.

Su psiquismo se resiente de dicha agenesia orgánica. Los modales inseguros, dejadez en el porte; su expresión inatenta indican de primer momento la superficialidad, la falta de fijeza en el pensar, el atolondramiento y pasada la primera impresión, la actitud alelada denotan ya el estado mental de D.ª A. S. Comprende difícilmente, distrayéndose al momento. Su lenguaje es pobre y sólo versa y entiende las cuestiones más comunes de la vida en corto número y de un modo incompleto. Lee muy incorrectamente casi como un párvulo; sabe formar las letras pero no escribir, ni copiando, ni en manera alguna al dictado; á pesar de todos los esfuerzos para instruirla, sólo ha conseguido aprender alguna labor de costura.

Sólo existen algo desarrollados los instintos de conservación y de reproducción, que es lo único que de su psiquismo se manifiesta con alguna intensidad, teniendo un aprecio exagerado de su persona, así como gustándole regalarse y satisfacer sus deseos; todo esto, aparte de la preponderancia marcada de su

instinto genésico, pues el enamoramiento es su idea fija y el estímulo constante de sus actos.

Su emotividad es infantil, pues aun en el instinto genésico, —lo más desarrollado en ella,—obra y procede como los niños sólo pensando en novios (que han sido muchos), concertando y teniendo entrevistas con ellos, sin recato, ni miramientos sociales y temor á las consecuencias y respeto á su propia dignidad.

Los sentimientos todos están al mismo nivel. El afecto á la familia es rudimentario, indiferente á todo cuanto pasa á su familia; todo, incluso el amor, como indican los frecuentes noviazgos, denota el poco desarrollo de sus sentimientos afectivos. Si bien no hay perversión del sentido moral, está, sin embargo, punto menos que anulado; de la bondad y malicia de los actos humanos no sabe más que lo que ha oído decir, pero nada hay sugerido por su conciencia. Así se comprende que no se haga cargo de los deberes sociales, del fin social del matrimonio, de las obligaciones en la familia como hija, etc.

Excusado es, pues, decir que su inteligencia se limita al ejercicio de las operaciones elementales, sin elevarse ni mucho menos á la noción de causalidad, á la comparación, distinción, etc., faltando las operaciones del raciocinio y del cálculo, no conociendo el valor de la moneda y contarla, pues no ha podido aprender las operaciones elementales de la Aritmética, y ocioso es añadir que desconoce la inducción y la deducción, que no sabe generalizar ni abstraer y que su imaginación es nula, su voluntad escasa y fácilmente sugestionable.

En resumen, declaran los que suscriben, que el estado psíquico de D.ª A. S. y V. corresponde á un defecto de desarrollo frénico que interesa la mayoría de las funciones psíquicas intelectivas, morales y volitivas en su expresión más elevada, ó sea que es el propio de la agenesia psíquica denominada *Imbecilidad de 2.º grado*, con los estigmas somáticos de tal estado.

Resultando que en el terreno legal, el estado de D.ª A. S. y V. es el de *Incapacidad* para el ejercicio de los derechos civiles, particularmente la administración de bienes, intereses y persona, y en segundo término para contraer matrimonio, extendiéndose en este último caso la incapacidad no solamente á la esfera mental sino también en cierto punto á la física.

Y para que conste, á petición de parte interesada, y por acuerdo del M. Iltre. Sr. Juez de primera instancia de... extienden el presente en...

BIBLIOGRAFÍA

DRS. MAGNAN Y SÉRIEUX.—*Délire chronique, Enciclopedie des Aide-Memoire*, París.

B. BALL.—*Leçons sur les maladies mentales*, París, 1880-1883.

SOLLIER.—*Psychologie de l'idiot et de l'imbécile*, 1891.

JULES VOISIN.—*L'Idiotie*, 1893, París.

DR. J. LUYS.—*Traitement de la Folie*, París.

— *Traité de Pathologie mentale*, París, 1882.

DR. AMBROSIO TARDIEU.—*Estudio médico-legal de la locura*, trad. de la 2.ª edición francesa por D. PRUDENCIO SEREÑANA y anotada por D. A. GALCERÁN, Barcelona y Madrid, 1883.

DR. A. CULLERRE.—*Traité pratique des maladies mentales*, París, 1890.

DR. E. RÉGIS.—*Manuel pratique de Médecine mentale*, 2.ª edición, 1892.

DR. A. CULLERRE.—*Las Fronteras de la Locura*, trad. española por D. A. ATIENZA MEDRANO, Madrid, 1889.

DR. H. SCHÜLE.—*Enfermedades mentales*, tomo IX, de la *Enciclopedia de Patología médica y Terapéutica* de ZIEMSSEN, trad. española por el DR. F. VALLINA, Madrid, 1888.

DR. A. LACASSAGNE.—*Précis de Médecine judiciaire*, París, 1878.

DR. P. SOLLIER.—*Guide pratique des maladies mentales*, París, 1893.

DR. P. MAX-SIMON.—*Les maladies de l'esprit*, París, 1891.

— *Crimes et délits dans la Folie*, París, 1886.

DR. PAUL MOREAU, de Tours.—*La Folie chez les enfants*, París, 1888.

DR. G. ANDRÉ.—*Las nuevas enfermedades nerviosas*, trad. española por D. F. TOLEDO, Madrid, 1894.

GUILLERMO A. HAMMOND.—*Tratado de la locura en sus relaciones médicas*, trad. española por D. F. TOLEDO, Madrid, 1888; Biblioteca económica de la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*.

JORGE H. SAVAGE.—*La locura y los neurosis análogas*, trad. española por D. A. OPISSO, Barcelona.

C. LOMBROSO.—*L'Homme criminel*, trad. francesa de la 4.ª edición italiana por MM. REGNIER y BOURNET; París, 1887, 2.ª edición francesa.

C. LOMBROSO.—*Nouvelles recherches de Psychiatrie et d'Antrhopologie criminelle*, París, 1892. (Esta obra y la anterior forman parte de la *Bibliothèque philosophique contemporaine)*.

X. FRANCOTTE.—*L'Anthropologie criminelle*, París, 1891. (Traducida al español; Biblioteca de la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas* de Madrid).

A. VOISIN.—*Traité de la Paralysie générale des aliénés*, *París*, 1879.

J. FALRET.—*Études sur les Maladies mentales et nerveuses*, París, 1890.

B. BALL.—*La Folie érotique*, París, 1888.

MARCÉ.—*Traité de la Folie des femmes enceintes*, etc., París, 1858.

KRAFFT-EBING.—*Tratado de Psiquiatría*, traducción francesa del alemán.

J. GINÉ Y PARTAGÁS.—*Tratado teórico-práctico de Frenopatología*, 1 tomo en 4.°, Madrid, 1876.

A. GALCERÁN.—*Neuropatología y Psiquiatría generales*, Barcelona, 1895.

DR. JAIME VERA.—*Estudio clínico de la Parálisis general progresiva de los enajenados*, prólogo del DR. ESQUERDO, Madrid, 1880.

PÍ Y MOLIST.—*Apuntes sobre la Monomanía*, Barcelona, 1864.

Además otras muchas obras, y gran número de monografías y opúsculos, así como artículos de los diversos Diccionarios de Medicina, donde se tratan extensa y detalladamente determinadas cuestiones.

ÍNDICE DE MATERIAS

PRIMERA PARTE

DIAGNÓSTICO FRENOPÁTICO

SECCIÓN PRIMERA

CAPÍTULO PRIMERO

Elementos sintomáticos de la alienación mental

SECCIÓN SEGUNDA

CAPÍTULO PRIMERO

Clasificación de las enfermedades mentales

CAPÍTULO II

Nosografía frenopática

CAPÍTULO III

CAPÍTULO IV

Trastornos mentales debidos á la degeneración y á la herencia

CAPÍTULO V

De las locuras sintomáticas

SECCIÓN TERCERA

CAPÍTULO PRIMERO

Pronóstico de la alienación mental

CAPÍTULO II

Diagnóstico de la locura

CAPÍTULO III

Tratamiento de la alienación mental

SEGUNDA PARTE

DEONTOLOGÍA Y MEDICINA LEGAL FRENOPÁTICAS

SECCIÓN PRIMERA

CAPÍTULO PRIMERO

Deontología frenopática

CAPÍTULO II

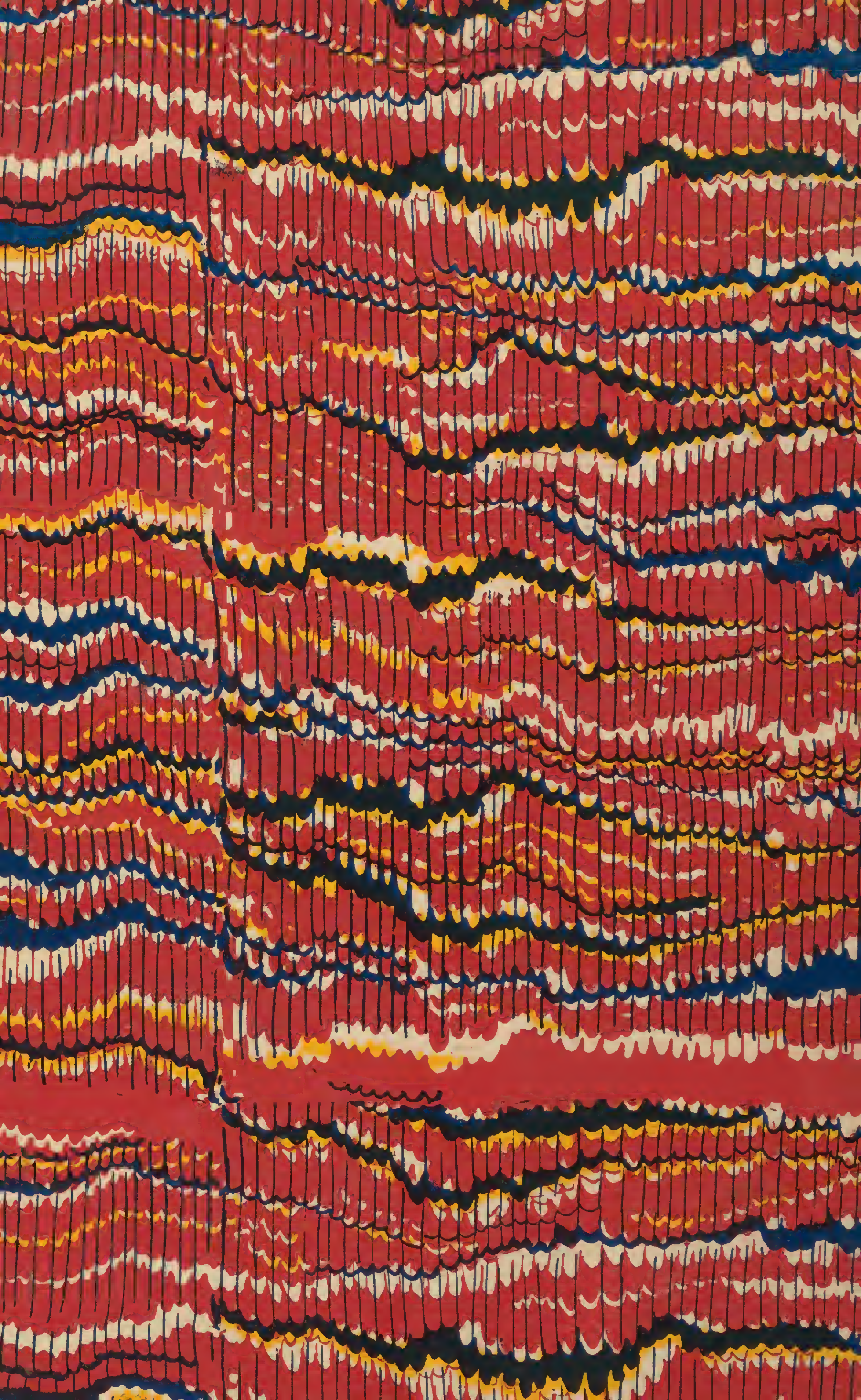
Medicina legal frenopática

APÉNDICE I

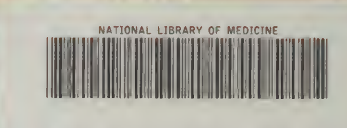
DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES EN ESPAÑA, QUE TIENEN RELACIÓN CON LOS ALIENADOS

APÉNDICE II

PAUTA PARA LA COLOCACIÓN DE ESTOS CUADROS






NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE
NLM 00560850 9